

**A propos de cinq cas
de grossesse abdominale
observés et traités
à la Maternité du Centre Hospitalier
de Meknès (Maroc)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Mars 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre RELLÉ

Interne des Hôpitaux du Maroc

Né le 5 Avril 1924, à BRUGES (Basses-Pyrénées)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1963

**A propos de cinq cas
de grossesse abdominale
observés et traités
à la Maternité du Centre Hospitalier
de Meknès (Maroc)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Mars 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre RELLE

Interne des Hôpitaux du Maroc

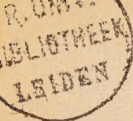
Né le 5 Avril 1924, à BRUGES (Basses-Pyrénées)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1963



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
Doyen M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Assesseurs MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

Physiologie AMM.	HERMANN.	Parasitologie et pathologie exotiqueMM.	COUDERT.
Clinique urologique	CIBERT.	Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie et d'audio-pho- nologie	MOUNIER- KUHN.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Bey- routh).	Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.
Chimie organique et toxi- que et hygiène mentale.	DECHAUME.	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergo- logie	THIERS.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.	Clinique de pneumo-pti- siologie	BRUN.
Clinique organique et toxi- cologie	CHAMBON.	Clinique traumatologique des membres	CREYSEL.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.	Cancérologie	DARGENT.
Clinique médicale B	PAUPERT- RAVAULT.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT.	Pathologie générale et ex- périmentale	GIRARD Paul.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Anatomie	LATARJET.
Chimie biologique et médi- cale	ENSELME.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.	Pathologie médicale	VACHON.
Clinique gynécologique ..	POLLOSSON.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Radiologie	PAPILLON.
Médecine du Travail	BOURRET.	Clinique des maladies in- fectieuses	JEUNE.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Bactériologie	MONNET.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	BERNHEIM.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Biologie médicale et phar- macodynamie	JOURDAN.	Physiologie B	CHATONNET.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique de chirurgie or- thopédique	TRILLAT.
Chimie analytique pharma- ceutique	BADINAND.	Clinique stomatologique ..	FREIDEL.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile .	MARION
Médecine légale et déonto- logie	ROCHE.	Matière médicale et légis- lation pharmaceutique .	Joseph. DORCHE.
		Histologie et embryologie .	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine MM. BERGER.
Bactériologie BERTOYE.
Physiologie CIER J.-François.
Technologie pharmaceutique DORCHE.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Chimie organique et toxicologie	PERROT.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Médecine

Anatomie pathologique	MM. FEROLDI.
Chimie biologique et mé- dicale	CREYSEL R.
Anatomie	DUROUX.
Thérapeutique	BRETTE.
Histologie	DUMONT.
Hygiène	THIVOLET.
Parasitologie	GARIN.
Physique	MORET.

Anatomie	MM. BOUCHET.
Anatomie pathologique . .	TOMMASI.
Hygiène	RIFFAT.
Pathologie expérimentale .	JOUVET.
Hématologie	FAVRE-GILLY.

Pharmacie

Botanique et cryptogamie	MM. ODDOUX.
Chimie analytique	MALLEIN
Chimie biologique	GRAS.
Physique	PEYRIN.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. PONT.
Médecine générale	VIGNON.
Médecine générale	REVOL.
Médecine générale	PLAUCHU.
Médecine générale	TRAEGER.
Chirurgie générale	MARION P.
Chirurgie générale	MICHAUD.
Chirurgie générale	JAUBERT- DE-BEAUJEU
Chirurgie générale	SAUTOT.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.
Obstétrique	BURTHIAULT.
Oto-Rhino-Laryngologie . .	GIGNOUX.
Pédiatrie	FRANÇOIS.
Médecine générale	DEVIC.
Médecine générale	DESPIERRES.
Chirurgie générale	DE MOURGUES.
Chirurgie générale	FRANCILLON.
Chirurgie générale	SAUBIER.
Médecine légale	COLIN.

Dermatologie	MM. COLOMB.
Médecine du travail	TOLOT F.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Obstétrique	DUMONT.
Ophtalmologie	BONAMOUR.
Urologie	DURAND.
Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	PERRIN.
Médecine générale	LARBRE.
Médecine générale	MORNEX.
Médecine générale	NORMAND.
Chirurgie générale	MARET.
Chirurgie générale	DESCOTES.
Electro-radiologie	CHASSARD.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Ophtalmologie	HUGONNIER.
Orthopédie	FAYSSE.
Oto-Rhino-Laryngologie . .	GAILLARD.
Pneumo-phtisiologie	KALB.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. BANSSILLON ; *Assesseurs* : MM. MAGNIN,
DUMONT M. et NOTTER.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553208_0003

A SON EXCELLENCE
LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE DU MAROC

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection.

A MA FEMME
A MES ENFANTS

A MES SŒURS ET BEAUX-FRERES

A MON PARRAIN

A MA MARRAINE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BANSSILLON

Professeur de Physiologie et Pathologie Obstétricales

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre très respec-
tueuse gratitude.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAGNIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMONT M.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOTTER

Nous leur exprimons notre très
vive reconnaissance pour avoir
bien voulu se pencher sur ce tra-
vail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LACROIX

*Médecin-Chef de la Maternité de l'Hôpital
Mohammed-V, Meknès (Maroc)*

Il a bien voulu nous confier ce travail et ne nous a ménagé ni ses conseils ni sa peine.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos profonds remerciements.

A MADAME LACROIX

Interne des Hôpitaux de Paris

Elle a bien voulu nous faire profiter de ses précieux conseils.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. RAHALI

*Médecin-Chef de la Province de Meknès
Chirurgien des Hôpitaux du Maroc*

Nous lui devons deux très intéressantes observations et nous lui en sommes très vivement reconnaissant.

Il a toujours été pour nous un ami sûr et dévoué et n'a jamais hésité à nous faire profiter de son expérience malgré les lourdes obligations que comportent ses activités.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. NAVARRO

En souvenir de l'Aïn-Nokra.

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. FRANCHINI

*Médecin-Chef de l'Hôpital Mohammed-V
de Meknès*

A TOUS LES MÉDECINS
DU CENTRE HOSPITALIER DE MEKNÈS

A TOUS LES MÉDECINS
DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE SAINT-DENIS
(ÎLE DE LA RÉUNION)

INTRODUCTION

La grossesse abdominale est une affection rare.

Cependant, le fait d'en avoir observé cinq cas en l'espace de quatre ans, dont deux à un mois d'intervalle dans le courant de la même année à la Maternité de l'Hôpital Mohamed-V de Meknès (Maroc), prouve que l'éventualité n'est pas exceptionnelle.

Les conséquences fâcheuses qui en découlent du côté de l'enfant lorsque celui-ci parvient à se développer jusqu'au voisinage du terme, mais surtout les accidents dramatiques auxquels elle expose la mère tout au long de l'évolution, les difficultés du diagnostic, la sanction thérapeutique chirurgicale qui s'impose lorsque les arguments de certitude ont pu être réunis, en font une affection redoutable et des travaux modernes en ont souligné tout récemment encore l'extrême gravité.

HISTORIQUE

La première observation de grossesse abdominale est rapportée dans la littérature par le médecin arabe Albucase, qui exerçait à Cordoue au XI^e siècle.

Dans son traité de chirurgie qui fit autorité tout au long du Moyen-Age, il décrit le cas d'une femme enceinte mais dont le fœtus ne fut pas expulsé.

Elle présenta un abcès de la paroi abdominale qui s'ouvrit et par lequel de nombreux petits os s'éliminèrent successivement. Une fistule persista, mais la femme survécut.

Dans un ouvrage intitulé : « Genealogy of the Gynecologie », James Ricci étudie l'histoire de la Gynécologie à travers les âges. Il cite le « Gynécorium » édité en 1595 à Strasbourg par Israël Sprach et dans lequel des observations de grossesses abdominales sont rapportés par des auteurs tels que Platérus et Gaspar Bauhin.

Celui-ci rapporte le cas de Jacob Nufer, châtreur de porcs de son état, et qui, vers le début du XVI^e siècle, « opéra » sa propre femme avec succès.

Il pratiqua une césarienne, mais en fait il semble bien qu'il s'agissait d'une laparotomie sur grossesse abdominale avec survie de la mère et de l'enfant.

Après l'ouvrage de Primrose qui, selon Shumann, mentionne le premier cas de grossesse ectopique double opérée avec succès, il faut citer au XVIII^e siècle :

Robert Houston, qui posa en 1723 le premier diagnostic de grossesse abdominale.

Mac Knight, qui laissa le premier le placenta in situ.

Ce n'est qu'au XIX^e siècle que furent rassemblés les premiers travaux d'ensemble sur les grossesses ectopiques.

Il faut citer :

— le « Memoir on extra-uterine gestation », de William Campbell, paru à Edimbourg en 1840 ;

— L' « Extra-uterine Pregnancy », de John S. Parry, qui réunit 500 cas de grossesses extra-utérines ;

— les « Lectures on ectopic Pregnancy and pelvic Hematocele », de Lawson Tait en 1888, qui donne une classification des grossesses ectopiques.

Au cours du XIX^e siècle, les auteurs français : Mattéi (1860), Maygrier (1886), Pinard (1889) et Segond (1898) ont étudié la grossesse abdominale.

De nos jours, Denis Cavanagh, Charlewood et King, W. Gordon Mollar, ont fait d'importants travaux sur la question.

Parmi les publications récentes, deux séries de travaux ont retenu notre attention :

— *L'une émane de l'Hôpital de la Charité de New-Orléans (Louisiane), U.S.A. et sous les noms de MM. Woodard D. Beacham, William C. Hernquist, Dan W. Beacham, Herman Webster*, réunit 65 cas de grossesse abdominale traités dans cet établissement pendant une période de 25 ans (1937-1962).

— *L'autre émane de l'équipe obstétricale et chirurgicale de l'Hôpital Cumberland, à New-York : MM. Myroslaw Hreshchyshyn, Ben Bogen, Loughran* font état, à propos de deux observations personnelles, de 101 cas recueillis dans la littérature mondiale 1950 à 1957 et se livrent à une étude extrêmement poussée de tous les aspects de la question.

C'est principalement sur ces travaux américains que nous nous sommes appuyés pour nous faire une idée, par delà nos observations, des points importants à retenir devant cette affection.

OBSERVATIONS

Nous rapportons 5 observations de grossesses abdominales observées à la Maternité de l'Hôpital Mohammed-V de Meknès, pendant les années 1958 à 1962.

Les trois premiers cas ont été observés par le Docteur Lacroix, médecin en chef de la Maternité : deux en 1958, un en 1960.

Les deux premières observations ont été recueillies par le Docteur Rahali, chirurgien de l'Hôpital Mohamed-V, qui remplaçait le Docteur Lacroix au cours de l'été 1962.

OBSERVATION N° 1

Mme Fatima Bent L...

2° geste, entre à la Maternité le 21 avril 1958 à 9 heures, se disant en début de travail depuis la veille, au terme de sa grossesse.

L'interrogatoire précise qu'il s'agit d'une syphilitique traitée ;

elle a présenté précédemment un accouchement prématuré de 7 mois, l'enfant étant décédé peu de temps après ;

elle n'a jamais eu d'avortement.

La grossesse actuelle s'est déroulée sans incidents.

Cependant la malade signale qu'elle présentait quelques douleurs abdominales depuis un mois .

Dans l'ambulance qui l'amenait à l'Hôpital, la malade a un peu saigné.

— L'examen à l'entrée :

Constate une T.A. à 10,5 sur 6 ;

L'absence d'albumine dans les urines.

Sur le plan obstétrical :

La H.U. est à 31 cm ;

La présentation est oblique presque transversale ; le sommet est dans la fosse iliaque droite.

On a l'impression que la tête fœtale est assez superficielle ainsi qu'un pied, mais le fait ne frappe pas tant car il est fréquent de voir au Maroc des parois utérines extrêmement minces.

Les bruits du cœur sont lointains.

Au toucher vaginal :

L'hémorragie est légère ;

Le col est long, entre-ouvert.

La Sage-Femme puis l'Interne font le diagnostic de placenta prævia central.

On demande :

Une radiographie du bassin qui ne montre pas de malformations ;

Une hématocrite qui est à 40 ;

Un groupe sanguin.

Le Docteur Lacroix confirme le diagnostic en notant toutefois que le col est long et dur.

Le doigt introduit volontairement dans le col immédiatement avant l'intervention montre que l'on bute sur le placenta à une certaine distance du col (4 ou 5 cm.), ce qui ne laisse pas d'intriguer. La paroi utérine paraît mince mais bien délimitée.

On élimine le diagnostic de rupture utérine silencieuse.

A 11 heures, on pratique une césarienne :

Opérateurs : Docteur Lacroix. Aide : M. Caillens.

— On trouve à l'ouverture un peu de sang dans l'abdomen. Ne voyant pas de brèche sur la paroi antérieure de l'utérus, on pense à une légère rupture postérieure.

Après incision et refoulement du péritoine vésical, on pratique une incision basse longitudinale et on extrait un garçon vigoureux qui crie aussitôt mais qui présente une légère hydrocéphalie.

Il pèse 3.100 grammes.

— On cherche à extraire le placenta. On ne trouve pas le plan de clivage et c'est alors que l'on s'aperçoit que la paroi incisée n'est pas l'utérus mais un sac placentaire très épais et que le placenta, étalé largement, forme les parois du sac.

— On extériorise tout le sac ovulaire qui n'est pas adhérent aux viscères mais qui est implanté sur le fond utérin.

Il existe une petite brèche à l'arrière du sac ovulaire qui a été à l'origine du sang trouvé dans la cavité péritonéale.

— On essaye de cliver le placenta et le fond utérin au niveau de l'insertion du ligament rond gauche.

Il se produit alors une hémorragie importante et ne trouvant pas facilement un plan de clivage on est obligé de pratiquer une hystérectomie subtotale.

Conservation des annexes gauches.

Drain et antibiotiques.

Fermeture en 3 plans.

T.A. : 8,5/6 en fin d'intervention.

Au total on a injecté en per et post-opératoire 1 lit. 100 de sang.

Suites opératoires : simples, apyrétiques.

— La femme sort au 15^e jour, elle et l'enfant sont en bon état.

— Les suites éloignées ne peuvent être précisées, la femme ne s'étant jamais représentée à la Maternité comme il le lui avait été conseillé.

— La pièce opératoire examinée montre qu'il y a communication entre placenta et cavité utérine, de 1 cm. de large, sans qu'il puisse être possible de déterminer si cette rupture du fond a été responsable de la grossesse abdominale ou si c'est l'activité trophoblastique qui a fissuré le fond.

Cette rupture du fond utérin explique le saignement vaginal et le fait que le toucher profond ait perçu la masse placentaire.

La fissuration du sac est à l'origine de l'hémopéritoine et des douleurs abdominales simulant le travail.

En résumé :

L'observation rapporte un cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant.

Le placenta était implanté sur le fond utérin et communiquait par une brèche de celui-ci avec la cavité utérine.

La présence d'une hémorragie vaginale,

Les douleurs abdominales simulant le travail,

La perception du placenta par le T.V. profond, associé à la présentation haute et presque transversale du fœtus, avaient fait porter le diagnostic de placenta prævia avant l'intervention.

OBSERVATION N° 2

Mme Zhora Bent M...

Se présente le 19 octobre 1958, à 10 heures, à la Clinique du Docteur Lacroix pour menace d'avortement.

Il s'agit d'une 3^e geste qui a eu deux enfants vivants et qui dit être enceinte de cinq mois.

Elle n'a pas d'antécédents d'avortement.

Elle présente des douleurs abdominales assez vives depuis 4 heures du matin, mais surtout, malgré une T.A. à 12/7, elle est très pâle, agitée et dyspnéique.

Sa température est à 36°5.

Le sondage n'a ramené que 5 cc. d'urines.

L'albuminurie est massive.

— L'examen obstétrical montre une hauteur utérine à 20 cm. ; l'utérus est assez mou, difficile à délimiter.

L'abdomen est météorisé, souple.

La palpation est douloureuse, plus nettement à la décompression.

On ne perçoit pas de parties fœtales en dehors de l'utérus.

Il n'y a pas de matité nette dans les flancs, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Le toucher vaginal trouve un col fermé et long.

Les culs-de-sac vaginaux sont douloureux en particulier à droite.

Il n'y a pas de sang sur le doigtier.

On porte le diagnostic de rupture utérine ou d'apoplexie utéro-placentaire et on adresse aussitôt la femme à la Maternité de l'Hôpital Mohamed-V pour intervention.

Celle-ci ne peut être pratiquée qu'après réanimation intensive, car le choc s'est considérablement aggravé pendant le trajet. La femme paraît pré-mortem.

— On place une transfusion dans la veine sous-clavière gauche ; puis les deux veines saphènes internes sont simultanément dénudées.

Dans l'une on transfuse très vite un flacon de sang iso-groupe au Jouvet, dans l'autre on place un subtosan avec néosynéphrine-ouabaïne ; oxygénothérapie à 6 litres-minute.

— L'hématocrite est à 12 %.

— Les globules rouges à 1.210.000.

— Les globules blancs à 31.000.

— Malgré l'oligurie et l'albuminurie massive le diagnostic

de rupture utérine inexpliquée, par une implantation angulaire, s'impose, réserve faite pour l'exceptionnelle éventualité d'une rupture sur utérus apoplectique.

— L'examen montre que l'abdomen se météorise davantage, devient plus douloureux.

— Que le col est long, et fermé.

— Que l'utérus n'est pas dur, n'a pas augmenté de volume (on le délimite toujours mal).

— Enfin que les culs-de-sac vaginaux deviennent de plus en plus douloureux.

— Puisque pouls et T.A. redeviennent perceptibles (après que 1.200 cc. de sang aient été transfusés grâce à l'hyperpression et au Jouvet), on intervient sous anesthésie extrêmement légère (protoxyde d'azote-oxygène, 1/4 - 3/4 0,15 gr. de Nsedonal.

— Il est 12 h. 10.

Compte-rendu opératoire :

Opérateur : Docteur Lacroix. Aide : M. Caillens.

— La laparotomie montre que la cavité abdominale est remplie de sang et contient un fœtus de 365 grammes mesurant 27 cm.

Le placenta est inséré sur le fond utérin.

Il s'agit d'une grossesse abdominale.

On extrait le fœtus, puis le placenta que l'on clive assez facilement du fond utérin. Celui-ci est suturé transversalement après avivement en 2 plans au catgut par points en x, suture semblable à celle d'une myoectomie du fond utérin.

Ligature ; section des trompes à la demande des intéressés.

Mise en place d'un drain dans le Douglas.

Antibiotiques.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

— A la fin de l'intervention la T.A. est à 4.

A 15 heures elle est à 7.

Les 8 flacons de sang isogroupes en stock à l'Hôpital, soit 3.200 grammes, ont été utilisés (10 cc. de gluconate de Ca ont été injectés dans les deux flacons).

On passe ensuite du sérum glucosé contenant des antibiotiques et des vaso-presseurs.

A 20 heures l'hématocrite est à 26 ; la T.A. à 8,5/5 ; l'état général satisfaisant.

— Les suites opératoires ont été assez simples : subfébriles pendant six jours ; la T.A. est remontée progressivement à 11,5/7.

L'anémie s'est réparée et six jours après l'intervention la N.F. chiffrait 4.070.000 G.R.

La diurèse après deux jours d'oligurie à 200 cc. s'est rétablie normalement.

L'albuminurie a disparu trois jours après l'intervention.

Le culot urinaire ne montrait pas de néphrite.

L'azotémie, à 0,70 gr. deux jours après l'intervention, était normale au 7^e jour.

— La malade quittait le Service au 18^e jour en bon état général.

En résumé :

L'observation rapporte un cas de grossesse abdominale révélée par un shock hémorragique gravidique à 5 mois de gestation.

Le diagnostic pré-opératoire était celui de rupture utérine.

Le placenta était implanté sur le fond utérin, a pu être clivé assez facilement et une suture utérine a pu être réalisée.

OBSERVATION N° 3

Le 27 février 1960, entre à la Maternité une jeune femme, Mme Mohamed Bent A..., 2^e pare, envoyée par un confrère, avec le bulletin d'admission suivant:

« Grossesse à terme avec hydramnios très important. Fœtus en traverse supérieure avec tête défléchie. Probabilité de nécessité de césarienne ».

— A l'entrée l'examen confirme l'importance de l'hydramnios, puisque la hauteur utérine est à 38.

L'utérus n'est que relativement tendu.

Le fœtus est en transverse.

La sage-femme note que les bruits du cœur fœtal sont perçus.

Il n'y a pas de signes de travail.

Le reste de l'examen est normal.

Albumine : 0.

T.A. : 14/6.

T° : 37 2.

Dans les antécédents il n'y a pas d'avortement.

Le premier accouchement a été normal.

Etant donné la présence de cet hydramnios, l'interne de-

mande une nouvelle radiographie pour rechercher une malformation fœtale et pour préciser la position du fœtus.

Le cliché montre :

— Qu'il n'y a pas malformation apparente.

— Que la présentation est en transverse, très haute ; la tête est située dans l'hypocondre droit, très défléchie ; les membres sont assez étendus.

Ces signes ne paraissent pas très insolites, étant donné l'importance de l'hydramnios.

A la visite du lendemain on n'entend pas les bruits du cœur, mais on fait la réserve que les bruits du cœur sont parfois mal perçus en cas de volumineux hydramnios.

— Le bassin étant normal, on choisit la voie basse en provoquant l'accouchement et en prévoyant de verticaliser le fœtus au moment de la rupture de la poche des eaux, manœuvre qui doit être faite avec une telle abondance de liquide.

Pour déclencher l'accouchement on ne peut envisager de rompre la poche des eaux, car le col est fermé et très long.

On tente donc de provoquer le travail par des moyens médicamenteux prudents :

— benzoate d'œstradiol, 5 mg., et vit. B1, 100 mg. ;

— puis deux fois 0,20 gr. de spartéine ;

— puis à deux reprises 2,5 v. de post-hypophyse ;
sans obtenir aucune contraction utérine.

— Les bruits du cœur fœtal n'étant plus à aucun moment perçus, on décide de temporiser puisque l'enfant est mort.

— Trois jours plus tard, le 3 mars, il n'y a toujours aucun signe de travail.

Bien qu'elle ne soit pas gênée par son hydramnios, la gestante s'impatiente ; aussi décide-t-on, le col restant toujours aussi fermé et long, d'essayer de provoquer l'accouchement en pratiquant une ponction amniotique par voie abdominale.

La ponction retire un demi-litre d'un liquide séro-sanguinolant qui finit par boucher l'aiguille ; la malade est mise aux antibiotiques.

Dans la journée du 5 mars, apparaît une importante tension abdominale, la hauteur utérine passe de 38 à 42 cm. ; l'utérus devient tendu, des douleurs abdominales apparaissent.

Car, alors qu'il existe un hydramnios très tendu, paradoxalement le col utérin reste long et fermé (ce qui est absolument anormal en cas d'hydramnios aigu).

Aussi on évoque le diagnostic de grossesse abdominale avec hydramnios.

— On introduit avec prudence dans la cavité cervicale une bougie de Hégar, elle bute partout sur une paroi dure à 5 cm. environ de l'orifice.

Ce signe, joint à la situation très haute du fœtus et à la position défléchie de la tête, permet pratiquement d'affirmer le diagnostic de grossesse abdominale.

Etant donné la fatigue et les douleurs de la patiente, on ne pratique pas d'hystérographie.

Sous transfusion systématique l'intervention se déroule de la façon suivante :

Opérateur : Docteur Lacroix. Aides : MM. Ficini et Nahas.
Anesthésie générale très légère (éther, protoxyde d'azote-oxygène).

— A l'ouverture de la paroi on tombe :

Sur un liquide séro-sanguinolent très abondant qu'on doit aspirer.

Sur d'importantes plaques de matières grasses et jaunes

Sur une tumeur molle et vasculaire plus ou moins adhérente à la paroi et à l'épiploon.

Il s'agit d'un placenta implanté sur le fond utérin.

On libère assez facilement ces adhérences ; en soulevant cette tumeur on découvre un fœtus de grande taille qu'on extrait sans difficultés.

Il existe une brèche à la partie inférieure et postérieure du sac placentaire.

On libère assez aisément les adhérences pariétales de ce sac placentaire.

On coupe entre ligatures un cordon de l'épaisseur d'un pouce qui relie cette tumeur à la paroi, au-dessus de l'ombilic.

Le sac placentaire étant assez peu adhérent à l'intestin grêle et au mésentère, on décide de pratiquer l'ablation d'autant que l'état général de la patiente reste bon sans transfusion. Cette libération des adhérences est faite d'une façon extrêmement prudente. On pratique pour terminer une hystérectomie subtotal (avec conservation de l'annexe gauche). En effet, on doit renoncer à l'essai de clivage du placenta adhérent à l'utérus, car les tentatives sont aussitôt très hémorragiques.

Bonne péritonisation sans antibiotiques.

Aspiration du liquide séro-sanguinolent contenu dans la cavité abdominale, liquide que l'on peut évaluer à 8 litres environ.

A noter que le péritoine est très épais, blanchâtre, lardacé, révélant une réaction péritonéale importante.

On résèque le pseudo-cordon remontant à la paroi au ras de celle-ci.

Antibiotiques : Tifomycine et Pénicilline dans la cavité.

Mise en place d'un drain pour permettre le drainage et l'injection journalière d'antibiotiques.

Fermeture de la paroi en 4 plans.

— Durée totale de l'intervention : 1 h. 10.

— T.A. en fin d'intervention : 10,5/8.

— Réanimation perforatoire : 2 flacons de sang ;

1 subtosan ;

1 glucosé.

— A l'examen de la pièce, on constate qu'il s'agit d'un sac composé de placenta extrêmement étalé et d'une membrane épaisse. Le placenta est inséré sur la totalité du fond utérin.

On place une bougie de Hégar dans la cavité utérine, elle effondre le fond utérin et apparaît dans le sac placentaire.

On ouvre l'utérus en long pour examiner les rapports du placenta avec le fond utérin ; ils sont très intimes.

On prélève un fragment du pseudo-cordon qui comporte deux vaisseaux ; l'examen histologique confirme qu'il s'agit de vaisseaux, sans apporter d'autres précisions.

Le fœtus pèse 4.500 grammes. Il présente une légère macération et est œdémateux, l'abdomen est distendu.

On ouvre la cavité abdominale : il y a du sang dans l'abdomen ; le foie est gros, pesant 80 grammes.

— Les suites opératoires ont été assez simples, sous antibiothérapie générale et locale.

Par le drain, un liquide séro-sanguinolent puis séreux va s'écouler très abondamment pendant une semaine.

— La malade sort 16 jours après l'intervention, en bon état général, apparemment guérie.

On lui conseille de se faire suivre par son médecin et de revenir à la Maternité. En fait, on ne reverra plus cette malade.

En résumé :

L'observation rapporte le cas d'une grossesse abdominale à terme, qui s'est présentée comme un important hydramnios.

On a porté le diagnostic exact au 6^e jour d'hospitalisation devant l'évolution aiguë du pseudo-hydramnios, alors que le col restait long et fermé. Le diagnostic a été affirmé par l'exploration de la cavité utérine par une bougie de Hégar.

A l'intervention, le placenta était implanté sur le fond utérin ; 8 litres de liquide se trouvaient dans l'abdomen, ainsi qu'un fœtus de 4.550 grammes, malformé et en début de macération.

Le péritoine présentait une importante réaction inflammatoire.

L'intervention a pu libérer les adhérences au péritoine et à l'intestin grêle, mais le clivage d'avec l'utérus, trop hémorragique, a conduit à une hystérectomie.

OBSERVATION N° 4

Mme Sfia Bent L..., 27 ans, 3 enfants, 2 avortements antérieurs spontanés, dont l'un traité par curetage, est adressée à l'Hôpital Mohammed-V le 3 août 1962, pour des métrorragies importantes apparues depuis 3 jours.

L'interne de garde constate un avortement et pratique un curetage qui ramène de nombreux débris placentaires.

La malade demande son exeat trois jours après, contre avis médical, malgré un état d'asthénie assez marqué et une température à 38°.

Elle revient en urgence quinze jours après pour : péritonite du post abortum et occlusion intestinale ?

— A l'entrée :

L'état général est très altéré.

La malade se tient difficilement debout et vacille.

Facies péritonéal, polypnée, cyanose des lèvres.

T° : 38°9. T.A. : 9/7. Pouls à 120, filant.

On note un important ballonnement abdominal ; vomissements. La malade signale un arrêt des matières et des gaz depuis deux jours.

La palpation de l'abdomen, tendu et météorisé, est très douloureuse.

Une tentative de T.V. arrache des cris à la malade et ne peut être correctement pratiqué.

Devant ce tableau de péritonite grave, la malade est mise immédiatement sous un traitement médical intensif :

— Mise en aspiration ; drain rectal.

— Perfusions de sérum glucosé.

— Antibiothérapie massive :

Pénicilline + Streptomycine.

Terramycine I.V.

— Tonicardiaques :

Camphre - Spartéine.

Syncortyl - Ouabaïne.

— Vessie de glace sur l'abdomen en permanence.

Entre temps, les examens de laboratoire pratiqués montrent :

F.N. : 3.080.00 G.R. ; 17.000 G.B.

Albumine urinaire : 0,20.

Absence de cylindres.

Urée : 0,80.

— Trois jours après, le tableau général s'est nettement amélioré.

La température reste autour de 38°. La T.A. s'est relevée. Le pouls est à 100.

Le ballonnement abdominal a considérablement diminué, les vomissements ont cessé. L'absorption d'aliments liquides est possible.

La palpation d'un abdomen relativement souple mais encore sensible permet alors de déceler, dans la fosse iliaque droite, la présence d'une masse arrondie, de la grosseur d'un petit melon et dont la mobilisation, douloureuse, ne peut être appréciée.

On pratique un cliché de l'abdomen, debout, sans préparation, qui montre nettement, au-dessus de l'aile iliaque droite, la présence d'un squelette fœtal.

Le chirurgien consulté évoque un diagnostic de grossesse abdominale qui se serait trouvée associée à une grossesse intra-utérine, celle-ci ayant été interrompue par l'avortement spontané, traité lors de la précédente hospitalisation.

Opérateur : Docteur Rahali. Aide : M. Soussi.

20 août 1962 :

— Laparotomie sous-ombilicale.

A l'ouverture on tombe sur de multiples adhérences épiploïques et une masse localisée dans la région iléo-cæcale.

Au cours des manœuvres de dissection, l'effondrement de cette masse laisse sourdre un magma purulent et des débris fœtaux.

On agrandit l'incision.

On tombe sur un fœtus ossifié, en décomposition avancée, une odeur nauséabonde s'en dégage.

Nettoyage de l'abdomen et de la néo-cavité.

Le cœur et l'iléon terminal sont rouge vineux, infarctés.

Les annexes et l'utérus sont normaux. Celui-ci est de dimension normale et ne présente aucune lésion ni cicatrice.

— Mise en place d'un drain cœcal.

— Antibiotiques *in situ*.

— Antibiothérapie parentérale massive.

— L'état de la malade s'améliore, mais une fistule stercorale s'installe.

Tarissement de la fistule stercorale deux mois après.

L'état général est alors excellent.

Reprise de poids de 10 kilos.

Un lavement baryté montre l'intégrité du tube digestif colique.

En résumé :

L'observation rapporte le cas d'une femme hospitalisée à deux reprises, à quinze jours d'intervalle.

La première hospitalisation, motivée par des métrorragies importantes, a montré qu'il s'agissait d'un avortement.

Il a été traité par curetage.

La malade est sortie contre avis médical, fébrile, trois jours après.

Réhospitalisée quinze jours plus tard, elle présentait un tableau de péritonite aiguë.

Un examen radiographique a montré l'existence d'un squelette fœtal intra-abdominal.

L'intervention a confirmé une grossesse abdominale.

Elle a permis l'exérèse en bloc des produits de la conception putréfiés.

Dans les suites opératoires, une fistule stercorale s'est tarie spontanément, après deux mois d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 5

Mme Kebira Bent M..., 25 ans, 2 enfants (7 et 5 ans), est adressée à l'Hôpital Mohammed-V le 7 septembre 1962, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Pas d'antécédents pathologiques reconnus.

Cependant la malade signale, il y a trois mois environ, un épisode de fatigue générale marquée, avec fièvre, douleurs et ballonnements abdominaux, accompagnés de constipation, d'anorexie et de quelques vomissements.

Elle aurait consulté dans un Dispensaire rural où des injections médicamenteuses auraient été prescrites pendant cinq

ou six jours ; il semble qu'il s'agisse d'injections parentérales d'antibiotiques.

— A l'entrée :

Il s'agit d'une femme présentant un assez bon état général.

— Pouls et T.A. normaux.

— T° : 37°8.

Pas de troubles du transit. Absence de troubles urinaires.

Aménorrhée depuis sept mois.

La palpation permet de déceler, dans la région sous-ombilicale, une masse intra-abdominale de contours assez réguliers, ferme, sensible, non mobilisable.

Le T.V. permet de sentir un col fermé, allongé, de consistance ferme, immédiatement derrière la symphyse pubienne.

Pas de sang sur le doigtier.

L'utérus n'est pas circonscrit et fait corps avec cette masse.

Intervention le 7 juillet 1962.

Opérateur : Docteur Rahali.

— Laparotomie sous-ombilicale pour tumeur diagnostiquée : kyste de l'ovaire.

— A l'ouverture on tombe sur une énorme masse pelvienne recouverte d'un épiploon adhérentiel qui nous oblige à procéder à une dissection laborieuse.

On arrive à extérioriser la tumeur, ce qui nous permet de faire un bilan.

Les ovaires, les annexes, sont normaux, alors que la tumeur est rattachée au fond utérin.

On procède à l'extirpation de la tumeur, suivie de la réfection du fond utérin.

Hémostase de l'épiploon adhérentiel.

Fermeture sur antibiotiques.

Mise en place d'un drain sus-pubien.

— A l'ouverture de la pièce opératoire on tombe sur un fœtus de 4 mois environ, momifié, avec des os crâniens fortement ossifiés.

Absence de globes oculaires.

Les maxillaires et les os malaires sont très durs et de dimensions exagérées.

Pas de communications entre la tumeur et le fond utérin.

— Suites opératoires simples.

— La malade quitte le Service, en bon état, au 15^e jour de l'hospitalisation.

En résumé :

Il s'agissait d'une grossesse abdominale opérée avec le diagnostic erroné de kyste de l'ovaire.

L'analyse macroscopique de la pièce opératoire a découvert une grossesse abdominale rattachée au fond utérin avec présence d'un fœtus mort et malformé.

Une opération conservatrice a pu être réalisée.

Les suites opératoires ont été bonnes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les formes anatomiques des cinq cas observés à la Maternité de Meknès sont assez variées :

1° LE FŒTUS ÉTAIT TRÈS DIFFÉRENT SUIVANT L'ÉPOQUE DE LA GROSSESSE.

a) Dans les deux cas n° 1 et 3), où la grossesse était à terme, il faut relever une malformation ; l'enfant qui pesait 3.100 grammes dans le premier cas était vivant, il avait une petite hydrocéphalie (+ 39). Dans le cas n° 3 il était mort et macéré, pesait 4.550 grammes et présentait un anasarque avec œdème généralisé, ascite et gros foie (80 grammes).

b) Dans les autres cas de grossesse moins avancée le fœtus était apparemment normal, dans le cas n° 2 situé dans la cavité abdominale remplie de sang et pesant 365 grammes (donc plus petit que l'âge de la grossesse ne l'aurait voulu).

— Était de décomposition avancée dans le cas n° 4, son volume a été évalué à celui d'un fœtus de 5 mois environ).

— Était momifié dans le cas n° 5 (fœtus de 4 mois environ).

2° L'ASPECT DU SAC OVULAIRE ET LA SITUATION DU FŒTUS PAR RAPPORT A CE SAC ÉTAIENT VARIÉS.

— *Dans le premier cas*, le sac était complet, formé par un placenta sur toutes ses faces ; une petite brèche légèrement hémorragique existait à l'arrière du sac ovulaire qui contenait le fœtus à terme.

— *Dans le deuxième cas*, il n'existait pas de sac. Le fœtus se trouvait parmi les anses intestinales.

— *Dans le troisième cas*, le sac était complet, formé par du placenta sur une bonne partie des faces antérieures et latérales et par une membrane très épaisse pour le restant du sac. Une brèche peu hémorragique était située à la partie postérieure et inférieure du sac qui était vide. Le fœtus, de grande taille, était situé à la partie supérieure de l'abdomen.

— *Dans le quatrième cas*, les anses intestinales et le péritoine avaient formé une coque assez haute dans l'abdomen autour d'un fœtus de 6 mois environ.

— *Dans le cinquième cas*, le sac ovulaire arrondi (dans lequel se trouvait un fœtus de 4 mois environ) ressemblait beaucoup à un kyste de l'ovaire puisqu'il a été enlevé comme tel. Sa nature n'a été reconnue qu'à l'ouverture de la pièce anatomique après l'intervention.

3° L'IMPLANTATION PRINCIPALE DU PLACENTA était dans ce cas sur le fond utérin sur sa totalité (cas nos 1, 2, 3, 5).

Dans l'observation n° 1 il y avait minime effraction du fond utérin sur 1 cm. de large.

Deux fois le clivage a été facile (observations nos 2 et 5).

Deux fois il a été difficile et a provoqué une hémorragie importante (observations nos 1 et 3).

Dans le cas n° 4, le placenta, assez peu individualisé, se trouvait avec le fœtus en état de décomposition et de putréfaction au milieu des anses intestinales.

4° LES ADHÉRENCES SECONDAIRES étaient ou inexistantes ou ont pu être libérées.

— Il n'y avait aucune adhérence du sac parfaitement ovoïde *dans les cas nos 1 et 5*.

— Il n'y avait pas de sac *dans le cas n° 2*.

— *Dans le cas n° 3* il y avait par contre de nombreuses adhérences de la paroi à l'épiploon, à l'intestin grêle et au mésentère. Un cordon du calibre d'un pouce reliait le sac

ovulaire à la paroi un peu au-dessus de l'ombilic. Il contenait deux vaisseaux pour lesquels l'histologie n'a pas apporté de précisions. Son origine est peut-être une néo-vascularisation de l'ouraque.

— *Dans le cas n° 5* la coque était formée en partie d'adhérences au mésentère, au côlon ascendant et à l'intestin grêle. La libération de ces adhérences a provoqué une fistule stercorale.

5° L'HÉMOPÉRITOINE avant l'intervention existait dans 2 cas sur les 5. Dans l'observation n° 1, il était très léger, expliquant sans doute les signes du faux travail ressenti depuis la veille. Son origine était une fissuration du sac à sa partie postérieure, dans une région du placenta assez vascularisée, placenta qui était vivant (fœtus viable).

— *Dans l'observation n° 2*, il existait une inondation péritonéale de 2 litres environ, dont l'origine était un petit décollement du placenta inséré sur le fond utérin, décollement situé près du ligament rond gauche.

— *Dans l'observation n° 3*, le liquide, très abondant, était séreux, très légèrement teinté de sang.

6° LA PÉRITONITE, inexistante dans les cas n° 1, 2 et 5, était importante dans les cas n° 3 et 4.

— *Dans le cas n° 3*, il existait une importante réaction du péritoine qui était épais, lardacé.

Il existait dans la cavité d'abondantes plaques de matière jaune, d'aspect graisseux, dont on n'a pu préciser la nature faute d'examens complémentaires, et une grande quantité de liquide séreux, légèrement teinté de sang, 8 litres environ : réaction liquidienne péritonéale, peut-être avec liquide amniotique s'étant échappé du sac ovulaire.

Il est à noter que cliniquement, pendant l'hospitalisation, sont apparues des douleurs abdominales et une augmentation de volume et de la tension de l'abdomen qui ont fait porter le diagnostic d'hydramnios aigu.

Il est probable que ces phénomènes ont été provoqués

par la rupture du sac. Mais l'importance de la réaction péritonéale pouvait faire penser que la péritonite était plus ancienne et qu'il s'agissait d'une poussée de réaction liquidienne.

7°. *Dans le cas n° 4*, enfin, coexistaient une grossesse abdominale et une grossesse intra-utérine, puisqu'un curetage pratiqué 15 jours avant la laparotomie avait retiré de nombreux débris placentaires.

En conclusion :

On voit la variété anatomique des 5 cas qui se sont présentés à la Maternité de Meknès : aucun n'était semblable, sinon par l'implantation placentaire sur le fond utérin dans 4 cas.

PHYSIOPATHOLOGIE

Une grossesse est dite abdominale quand le fœtus se développe dans la cavité abdominale en dehors de l'utérus et de ses annexes.

Elle est soit primaire, soit secondaire.

Grossesse abdominale primaire

Elle résulte de l'implantation primitive de l'ovule fécondé dans la cavité péritonéale.

Elle constitue une éventualité extrêmement rare et de nombreux auteurs doutent encore de son existence.

Avant le cas rapporté par Studdifort (1942), et qui fut reconnu par la Société de Gynécologie de New-York comme un cas de grossesse abdominale authentique, Novak, en 1940, avait nié la possibilité d'un tel type de grossesse extra-utérine.

Dans l'observation de Studdifort, l'endroit de la nidation d'un œuf de 28 jours se trouvait sur la face péritonéale de la paroi postérieure de l'utérus, à 1,5 cm. de l'insertion de la trompe gauche.

Il existait cependant une adhérence étroite à la portion proximale tubaire et bien qu'aucune solution de continuité n'ait pu être décelée, il est compréhensible que ce cas n'ait pu emporter la conviction de tous les gynécologues.

Pour Studdifort, trois critères doivent être réunis pour affirmer une implantation péritonéale primaire :

1° Les trompes et les ovaires doivent être normaux, sans lésions anciennes ou récentes.

2° Il ne doit pas exister de fistules utéro-péritonéale.

3° L'œuf, en relation exclusive avec le péritoine, doit être assez jeune pour éliminer une implantation secondaire à une nidation primitive tubaire.

Plus convaincantes sont les observations rapportées par Septoe (1950) et Myles (1954).

Dans les deux cas, les malades avaient présenté une aménorrhée de 5 semaines.

— Dans le premier cas, l'endroit de l'inflammation se trouvait à la base du ligament large gauche.

— Dans le second cas, l'œuf était implanté à la face postérieure de l'utérus au niveau du ligament utéro-sacré gauche.

Les trompes, dans ces deux cas, étaient tout à fait normales.

Plus récemment, Ahnquist et Lund (1955) ont décrit un œuf de 25 jours implanté sur la surface péritonéale de la trompe de Fallope.

Citons enfin le cas rapport par W. Gordon Millar (1959) concernant une femme opérée en urgence pour grossesse extra-utérine rompue et chez laquelle on trouva un œuf de 23 jours, implanté sur le péritoine au-dessous du ligament droit utéro-sacré, sans qu'aucune aire d'endométriase, qui passe pour favoriser l'implantation péritonéale primitive, ne soit trouvée.

En 1957, cependant, Jeffcoate met encore en doute la possibilité d'une grossesse abdominale primaire.

Grossesse abdominale secondaire

Elle est de beaucoup la plus fréquente.

L'œuf après une effraction tubaire passée à bas bruit et qui n'a pas entraîné de ce fait, devant des troubles cliniques très modérés, la sanction chirurgicale habituelle, tombe dans la cavité péritonéale, s'y fixe et continue son développement.

On retrouve dans ce cas au niveau des trompes la marque cicatricielle de la brèche par laquelle s'est opérée l'expulsion de l'œuf.

La grossesse abdominale secondaire peut également trouver son origine dans une déhiscence de cicatrice opératoire du muscle utérin (césarienne, myomectomie fundique).

Chez les femmes n'ayant jamais subi d'interventions chirurgicales, une malformation utérine (soudure incomplète des canaux de Müller) ou une grossesse interstitielle ont pu être incriminées.

En ce qui concerne nos cinq observations, il est difficile de déterminer le mécanisme ayant provoqué l'implantation abdominale de la grossesse, d'autant plus qu'en aucun cas une étude histologique n'a été faite.

Les cas n^{os} 2, 3, 4 et 5 ne montraient aucune lésion macroscopique des annexes ou de l'utérus. Il semblerait donc qu'il s'agisse dans ces cas d'une grossesse abdominale primitive. Cependant, il n'est pas possible de proposer une telle conclusion en l'absence d'examen histologique des trompes car de nombreux auteurs ont infirmé l'implantation extra-tubaire primitive en constatant dans une trompe la présence de villosités.

Le cas n^o 4 mérite par contre une discussion plus approfondie. Il s'agit en effet d'une grossesse double, puisque on a pratiqué d'abord un curetage ramenant de nombreux débris placentaires, puis quinze jours plus tard une laparotomie permettant d'extraire un fœtus ossifié en état de décomposition avancée.

Une question intéressante se pose : comment interpréter le fait que dans l'abdomen se trouvait un fœtus ossifié, d'âge déjà avancé (de 5 mois environ), et dans l'utérus seulement des débris placentaires, sans qu'il y ait eu d'après la malade, expulsion d'un fœtus visible ?

a) On peut se demander s'il ne s'agit pas de deux grossesses successives, la grossesse utérine, très jeune, ayant débuté quelques mois après la grossesse à implantation abdominale.

Cette dernière pouvait même non pas dater de quelques cinq mois comme l'examen du fœtus en décomposition le laissait supposer, mais était peut-être plus ancienne.

On peut même formuler l'hypothèse que la péritonite et l'infection du sac ovulaire intra-abdominal ont été déclenchées par le curetage : en effet, les suites de ce curetage avaient été fébriles et la malade était sortie du Service contre avis médical formel.

A l'appui de cette hypothèse de deux grossesses successives, il faut rappeler les nombreuses publications semblables de grossesse utérine coexistant avec une grossesse ectopique.

En ce qui concerne les grossesses abdominales avancées coexistant avec une grossesse utérine, les observations sont beaucoup plus rares.

Myroslaw Ihreshchyshyn, Ben Bogen et Loughran, en ont cependant relevé 3 cas dans leur *Revue de la Littérature* portant sur 101 cas de grossesse abdominale.

Notons que dans chacun de ces trois cas, les deux fœtus ont été extraits vivants : dans les deux premiers cas, après accouchement spontané du fœtus intra-utérin, une laparotomie a permis d'extraire le fœtus abdominal : trois jours plus tard pour l'un, soixante et un jours plus tard pour l'autre.

Dans le troisième cas, les deux fœtus ont été extraits chirurgicalement.

Notons enfin pour l'intérêt de l'observation que ces auteurs rapportent en plus un cas de grossesse où les deux fœtus étaient intra-abdominaux et où ils ont été extraits vivants par laparotomie.

b) Une seconde hypothèse pathogénique concernant notre observation n° 4 aurait pu être discutée, si, à l'intervention, une lésion utérine avait été constatée : une brèche utérine aurait pu expliquer l'existence du fœtus intra-abdominal et ses débris placentaires intra-utérins, brèche dont aurait été responsable, soit le curetage de l'Interne

de garde (ce qui paraît être exclu étant donné la grosseur du fœtus), soit surtout une rupture utérine par activité trophoblastique sur une zone utérine déficiente, mécanisme qui a été incriminé par de nombreux auteurs dans les ruptures précoces de l'utérus gravide. Cette hypothèse ne peut être retenue puisque l'examen pratiqué par M. Rahali n'a montré aucune lésion utérine.

Le cas n° 1, contrairement aux quatre autres, peut évoquer un mécanisme d'implantation abdominale secondaire : en effet, le fond utérin présentait une déhiscence large d'un centimètre environ, faisant communiquer la cavité utérine avec le placenta implanté sur la face abdominale du fond utérin. Il n'est toutefois pas possible de savoir si cette rupture du fond utérin est le fait d'une effraction s'effectuant de la cavité utérine vers l'abdomen laissant ainsi migrer l'œuf fécondé ; ou inversement si cette brèche est le résultat d'une simple destruction du muscle utérin par le placenta.

ETIOLOGIE

Les circonstances étiologiques retrouvées dans la littérature récente que nous avons consultée sont les suivantes :

— *Fréquence :*

C'est une affection rarement rencontrée.

Quilliam en rencontre une sur 12.500 grossesses. cavité utérine avec le placenta implanté sur la face abdominales sur un total de 41.941 accouchements.

Jarcho, sur 173 interventions pour grossesses extra-utérines, a trouvé 9 grossesses abdominales, soit 5 % environ des grossesses ectopiques.

A l'Hôpital de la Charité de New-Orléans, Woodard D. Beacham, sur 219.164 accouchements, a réuni 65 cas, c'est-à-dire 1 cas sur 3.372 accouchements.

Crawford et Ward à Shreveport (Louisiane), pendant une période de 8 ans, trouvent la proportion de 1 cas sur 3.161 accouchements.

En conclusion, la fréquence des grossesses abdominales semble de l'ordre de 1 pour 3.000 accouchements.

Il est à noter que des auteurs américains soulignent la disproportion raciale : Dans la série de Beacham, 3 femmes blanches pour 62 femmes noires.

Il semble cependant que la raison en est dans des soins prénataux moins assidus et des interventions plus tardives chez les femmes de couleur.

— *Rôle de l'âge :*

L'âge ne paraît pas avoir beaucoup d'influence, cependant Cross trouve 68 % de femmes âgées de plus de 30 ans.

Ware : 50 % entre 30 et 40 ans.

Beacham cite une malade âgée de 42 ans, mais c'est autour de 25 ans que les proportions sont les plus fortes. Il mentionne des cas de lithopédions rencontrés chez des femmes âgées de 55, 64, 90 et 94 ans.

— *Importance des grossesses antérieures :*

La notion de plusieurs grossesses antérieures est à souligner mais les auteurs insistent surtout sur une période d'infertilité entre la dernière grossesse et la grossesse ectopique.

De plus, dans de nombreux cas, les malades avaient présenté un ou plusieurs avortements antérieurs.

Enfin des cas de grossesses abdominales successives ont été rapportés.

— *Facteurs déterminants :*

On retrouve ceux qui favorisent les grossesses ectopiques en général.

— L'infection tubaire (tuberculose, gonococcique). Elle intervient soit en obstruant partiellement la lumière tubaire, soit en inhibant le péristaltisme et la motilité ciliaire.

— Les infections du post-abortion paraissent jouer un rôle important.

Pour Barrett, une antibiothérapie mal conduite sur des affections gynécologiques aiguës, pourrait amener une occlusion incomplète de la trompe permettant le passage des spermatozoïdes mais empêchant celui de l'œuf fécondé.

Les autres causes favorisant l'implantation de l'ovule dans la cavité abdominale sont représentées par :

- l'endométriose abdominale et pelvienne ;
- les effractions de la paroi utérine par :
 - disjonction de cicatrices de césarienne,
 - myomectomies,
 - tentatives d'avortement,
 - curetages traumatisants.

— Une pathogénie neuro-végétative a été développée par certains auteurs tels J.C. Asherman, de Tel-Aviv. Etudiant l'incidence des grossesses ectopiques sur une population formée de deux groupes ethniques, israélite et arabe, en proportions sensiblement égales, il fait remarquer que les cas de grossesse ectopique sont beaucoup plus nombreux chez les israélites où l'infection tubaire est assez rarement rencontrée, contrairement à la population arabe où elle est fréquente. Il explique cette disproportion par un mécanisme nerveux chez une population troublée, le péristaltisme tubaire étant soumis au contrôle du système nerveux végétatif ; le sympathique exagère le péristaltisme, le parasympathique l'atténue.

Etudions dans nos observations les facteurs étiologiques

1° Fréquence :

De 1958 à 1962, cinq cas ont été observés.

Le nombre d'accouchements à la Maternité de l'Hôpital Mohammed-V a varié pendant cette période de 2.100 accouchements à 2.400 accouchements par an, soit une fréquence moyenne pour la période étudiée de 1/2.300 accouchements environ, fréquence qui diminue si l'on considère le fait qu'il n'y a pas eu d'autres cas depuis l'ouverture de la Maternité en 1955.

Cette fréquence rejoint donc celle trouvée dans les différentes publications.

2° *L'âge* de nos malades oscille entre 25 et 32 ans environ, — dans certaines observations il n'a pu être qu'approximativement évalué, nombre de femmes marocaines ignorant complètement leur âge.

3° *La multiparité* a été la règle ; il s'agissait de :

- deux deuxième pare (n^{os} 1 et 3) ;
- deux troisième pare (n^{os} 2 et 5) ;
- une quatrième pare (n^o 4).

Les avortements antérieurs n'ont été notés que dans le 4^e cas (deux avortements dont un avec curetage).

4° Parmi les facteurs considérés comme déterminants, on ne trouve pas d'*endométriase abdominale* et on ne trouve qu'un des facteurs d'effraction utérine : l'observation n° 4 fait état d'un curetage dans les antécédents.

En ce qui concerne l'*étiologie infectieuse*, il n'est pas possible d'apporter une opinion valable ; les trompes semblaient macroscopiquement indemnes à l'examen préopératoire et à l'examen des pièces après hystérectomie, même dans les cas où existait une péritonite, mais il n'a pas été fait d'examen histologique.

ETUDE CLINIQUE

Pour la reconnaître il faut savoir penser à la grossesse abdominale et un examen minutieux pour porter le diagnostic est nécessaire.

Les tableaux cliniques rencontrés sont divers

Nous envisagerons tout d'abord les signes cliniques en cas de grossesse abdominale non compliquée :

A. — DANS LES CINQ PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE, la symptomatologie est peu caractéristique.

1° Comme il s'agit la plupart du temps de grossesses abdominales secondaires, ce sont les signes observés dans les grossesses tubaires qui sont rencontrés.

2° En cas de grossesse abdominale primaire, les signes d'alarme sont encore moins évocateurs.

En plus de l'aménorrhée, ce sont les troubles digestifs marqués accompagnés de douleurs abdominales inhabituelles qui dominent la scène.

Mais il s'agit de troubles assez fréquents chez la femme enceinte. Seuls quelques épisodes pseudo-occlusifs accompagnés de métrorragies, d'asthénie et d'état lipothymiques peuvent faire évoquer le diagnostic.

B. — A PARTIR DU SIXIÈME MOIS, la symptomatologie est plus bruyante et doit orienter vers la possibilité d'une grossesse abdominale.

L'interrogatoire permettra parfois de relever dans les antécédents l'épisode plus ou moins marqué correspondant à l'effraction tubaire.

Il s'agit souvent d'une courte période ayant parfois nécessité une mise en observation en milieu hospitalier, au cours de laquelle des douleurs abdominales s'accompagnent de petits signes d'hémorragie interne : pâleur, agitation, lipothymie, allant parfois jusqu'à la syncope, s'extériorisant quelquefois par un écoulement sanglant.

Le repos et les sédatifs redressent rapidement la situation la plupart du temps et le diagnostic porté est celui d'une menace d'avortement.

Dans l'évolution ultérieure apparaissent d'autres signes :

Signes fonctionnels :

Les douleurs et les troubles digestifs en relation avec le siège anormal de la gestation sont au premier plan. Les douleurs abdominales basses à type de crampes et de coliques sont exacerbées par les mouvements du fœtus, si celui-ci continue à se développer.

Elles sont d'autant plus marquées que l'insertion placentaire est plus haute, foie et intestin par exemple.

Les troubles digestifs sont sévères, allant jusqu'au syndrome d'occlusion intestinale, principalement dans les grossesses avancées, soit par la perturbation du péristaltisme (paralysie ou spasmes), soit par occlusion mécanique due aux brides, aux adhérences ou aux torsions provoquées par les mouvements fœtaux.

La présence fréquente d'une petite quantité de sang dans le cul-de-sac de Douglas, issu d'un léger décollement placentaire, entraîne des phénomènes de constipation opiniâtres, du ténésme rectal.

Quelques malades accusent l'apparition d'une dyspareunie.

Signes physiques :

Dans la majorité des cas la masse abdominale repré-

sentée par le fœtus et le sac fœtal est fixée à l'utérus et la palpation ne permet pas de l'en distinguer.

Dans quelques observations typiques, la masse est distincte de l'utérus et ne présente pas de contractions.

On recueille l'impression que le fœtus se trouve immédiatement sous la peau.

L'utérus, augmenté de volume, correspond à celui d'une grossesse de 4 mois environ.

Il se trouve souvent au-dessus de la symphyse pubienne ou latéroversé.

— Le toucher vaginal :

Le col utérin est de consistance plus ferme que dans la grossesse normale et peut être différencié du corps utérin.

Souvent latérodévié il est attiré vers le haut et vers l'avant, immédiatement derrière la symphyse pubienne.

De plus, sa mobilisation est douloureuse. Pour faciliter la distinction entre l'utérus et la masse abdominale, Cross, Lester et Mac Cain, ont préconisé le test aux extraits post-hypophysaires qui permet, pendant les 15 minutes de contraction utérine succédant à l'injection de 2 unités, après sensibilisation préalable, de déceler une masse abdominale surajoutée .

— L'hystérosalpingographie :

La méthode n'est pas sans danger surtout s'il s'agit en réalité d'une grossesse intra-utérine.

Entre des mains expérimentées, elle apporte la preuve certaine du remplissage d'une cavité utérine vide et de petite dimension.

Elle n'est pas toujours possible et il est préférable de n'utiliser la méthode que dans des cas de fœtus mort ou de grossesse avancée.

— La radiographie :

Si la radiographie montre d'une façon évidente une position insolite du fœtus, la vraisemblance d'une grossesse extra-utérine avancée peut être retenue.

Dans les cas de grossesse abdominale, la position du

fœtus est haute ; elle est plus souvent transversale qu'oblique. Elle demeure constante, le fœtus garde un aspect étalé (membres allongés, tête défléchie).

La présence d'ombres gazeuses intestinales se projetant sur les parties fœtales est un détail évocateur, auquel les auteurs anglo-saxons attachent beaucoup d'importance. De même l'absence de l'ombre utérine autour du fœtus est un signe de valeur sur les clichés de bonne qualité. Cependant la distension abdominale, assez fréquente, peut gêner l'interprétation.

Les clichés de profil sont particulièrement précieux quand ils montrent les parties fœtales se superposant au dessin vertébral maternel.

On ne devra pas perdre de vue cependant la possibilité d'une sacculation de l'utérus, si rare soit-elle. L'interprétation des positions éventuelles du fœtus dans l'abdomen est intéressante mais difficile.

Il suffit de dire que chaque fœtus a son propre problème d'adaptation.

Ceci aussi s'applique aux grossesses utérines associées à une tumeur et dans certains cas de placenta prævia.

— En plus de l'hystérogaphie que nous avons mentionnée mais dont l'emploi ne doit pas être systématique, il faut citer les nouveaux procédés d'exploration dont la valeur est actuellement l'objet d'études :

- La placentographie, par isotopes, étudiée dans 50 cas par Cavanagh, Gilson et Powe, mais aucun de ces examens n'intéresse de grossesse abdominale.

Coale, Richey et Mac Ganity, ont étudié les positions du placenta par l'étude de l'avortographie intraveineuse.

Dans le *Gray Journal* de mai 1962, ils font état de deux cas prouvés de grossesse abdominale.

Todes, Nelson et leurs associés, ont étudié une méthode plus directe par l'artériographie percutanée transfémorale rétrograde.

C'est un moyen qui paraît avoir une place de choix pour

obtenir des images d'opacification placentaire peropératoire.

— Tests biologiques :

Mis à part les tests de diagnostic biologique qui montrent s'il s'agit d'un fœtus vivant ou mort, ils apportent peu de certitude pour étayer le diagnostic.

Le dosage de Prénandiol peut être tout à fait normal malgré l'insuffisance placentaire résultant des conditions anormales de vascularisation.

Les examens sanguins permettent de déceler une anémie en relation avec les hémorragies fréquentes.

L'existence d'un hématome pourra être recherché par le dosage de la porphynurie.

**Les tableaux cliniques réalisés
en cas de grossesse abdominale compliquée
sont les suivants :**

1° L'hémorragie :

Elle peut être dramatique, réalisant une inondation péritonéale par décollement placentaire.

Elle est plus fréquente dans les cas où l'enfant est vivant. L'hémorragie peut être provoquée par l'érosion d'un vaisseau intestinal ou mésentérique.

2° L'infection :

Sans aller en général jusqu'à l'infection sévère qui se rencontre surtout dans les cas où le fœtus est mort depuis plus de 4 semaines et qui se traduit alors par une péritonite généralisée ou une infection purulente du sac, elle est dans la majorité des cas, à des degrés divers, toujours présente et peut, par elle seule, déterminer l'intervention.

3° *La toxémie gravidique :*

Elle surviendrait dans 10 % des cas, corroborant les conclusions de Portuondo Valdor, qu'elle est plus fréquente dans les grossesses abdominales que dans les grossesses intra-utérines.

4° *Complications variées :*

Elles forment un groupe de complications moins fréquemment rencontrées :

- l'occlusion intestinale mécanique ;
- les fistules entre le sac amniotique et les anses intestinales ;
- les perforations intestinales ;
- l'allergie de la mère à l'enfant mort se traduisant par des rashes généralisés.

Enfin des malaises généraux : douleurs abdominales, anémie, troubles gastro-intestinaux, en imposant pour une appendicite, une crise de colique néphrétique, des affections aiguës hépato-biliaires.

Les affections de ce type entraînent souvent des hospitalisations successives et décident parfois à l'intervention.

L'étude clinique de nos cinq cas ne sera pas rappelée ici. Il convient de se reporter aux observations.

Nous rappellerons au chapitre « Diagnostic » le polymorphisme clinique qu'elles ont présenté. Insistons simplement sur le fait que 4 cas sur 5 se sont révélés par une complication dont 2 auraient pu entraîner rapidement la mort de la malade (cas n° 2, inondation péritonéale ; cas n° 4, péritonite grave).

Rappelons aussi que dans 3 cas l'examen radiologique a présenté une grande valeur diagnostique :

- Dans le cas n° 4, il a permis le diagnostic.

— Dans le cas n° 3, il l'a fait évoquer et aurait même pu l'affirmer.

— Dans le cas n° 2, s'il a précisé la position du fœtus dans l'abdomen, il n'a pas éliminé naturellement le diagnostic de rupture utérine.

EVOLUTION

Du côté de la mère

A part de très rares exceptions, les troubles qui accompagnent la grossesse abdominale persistent et la plupart du temps s'aggravent, jusqu'au terme, donnant lieu à une série de complications que nous avons passées en revue précédemment et qui mettent la vie de la mère en danger si une thérapeutique appropriée n'est pas mise en œuvre sans délai.

L'affection conduisait à une opération abdominale des plus redoutées par la haute mortalité maternelle que justifie le tableau suivant :

Noms	Nombre de cas	Année	Mortalité	%
Harris	27	1816-1886	24	88,9
Hellman et Simon	316	1809-1933	101	31,9
Ware	249	1933-1948	37	14,9
De Villiers	77	1944-1954	4	5,2
Hreshchyshyn ...	101	1945-1957	2	2

Nous remarquerons que, très lourde dans les statistiques publiées au début de ce siècle, la mortalité a progressivement diminué puisqu'elle est passée de 88,9 % à 2 % de mortalité maternelle dans une statistique portant sur ces dix dernières années.

Nous constaterons aussi que nous n'avons pas eu à déplorer de décès maternel dans nos 5 cas.

La raison en est, semble-t-il, dans les progrès considérables accomplis en matière de réanimation, l'application d'une antibiothérapie appropriée, à des diagnostics plus précoces permettant une attitude thérapeutique plus

raisonnée, enfin, aux modalités techniques opératoires beaucoup mieux codifiées.

Evolution du fœtus

La mort du fœtus peut survenir avant terme par hémorragie ou insuffisance de la circulation placentaire, ou lors d'une complication survenant du côté de la mère.

Elle se produit parfois aux alentours du terme, à l'occasion d'un faux travail.

Une macération du fœtus se développe alors avec résorption du liquide amniotique, apparition d'un signe de Spalding.

La proximité des intestins favorise l'infection et la suppuration. Des fistules, par où s'éliminent les produits de la conception, peuvent se faire jour dans divers organes (rectum, vessie), ou à travers la paroi abdominale.

Dans quelques rares cas le fœtus se calcifie et donne naissance à un lithopédion lorsqu'il est libre dans la cavité péritonéale.

— Des cas de grossesses abdominales arrivées à terme et ayant donné par laparotomie un enfant vivant et bien constitué, à développement harmonieux, ont été rapportés dans la littérature.

Citons par exemple ceux rapportés par :

- MM. R. Garmier et F. Charvet à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon (1955) ;
- M. Lambillon et G. Drume à la Société Royale Belge de Gynécologie (1951) ;
- L'observation de H. Fleurent (Colmar) à la Société Gynécologique de Strasbourg (1951) ;
- M. R. Musset et H. Michel (Paris, 1950).
- Maurice F. Armand et Fritz Guillaume Sam.

Mais la mort du fœtus est l'éventualité la plus fréquemment observée.

Sur 19 grossesses abdominales, Cross Lester et Mac Cain trouvent 4 enfants vivants, soit 21 %.

- Beacham sur 20 cas, 2 enfants vivants.

- Burleson et Bragg, 18,3 %.

De plus, beaucoup d'enfants nés vivants présentent des malformations diverses et meurent peu de temps après la naissance.

Les lésions les plus fréquemment rencontrées à l'autopsie sont des lésions de broncho-pneumonie.

D'après une statistique de Dittner, Helmann et Mitra, 1/3 des enfants nés vivants présentent des malformations dont certaines sont incompatibles avec la vie et approximativement la moitié meurent dans les 8 premiers jours qui suivent l'intervention.

Nos cinq observations corroborent ces statistiques puisque sur 5 cas, deux enfants seulement étaient arrivés à terme, et 1 seul vivant a survécu avec une malformation légère d'hydrocéphalie modérée.

DIAGNOSTIC

La rareté de l'affection à laquelle on ne pense pas, augmente les difficultés du diagnostic, déjà très difficile en lui-même.

Pendant les cinq premiers mois de la grossesse, au moment où réside l'intérêt d'un diagnostic précoce, la symptomatologie n'offre pas de caractères bien particuliers. Elle rejoint un tableau de troubles digestifs très fréquents chez la femme enceinte.

Cependant des douleurs abdominales assez marquées, provoquées par les mouvements fœtaux, doivent orienter vers cette éventualité et faire rechercher et préciser le cortège des troubles qui accompagnent l'effraction tubaire et l'expulsion de l'œuf dans la cavité péritonéale.

Mais cette rupture de grossesse extra-utérine à minima, à symptomatologie modérée, passe la plupart du temps inaperçue.

A partir du 6^e mois les troubles vont s'aggraver mais là aussi la difficulté du diagnostic réside dans le fait que l'affection se manifeste derrière le tableau trompeur d'une complication surajoutée qui domine la scène : hémorragie, infection, toxémie gravidique, occlusion, perforation intestinale.

Cependant les antécédents de la malade, le toucher vaginal associé au test aux extraits post-hypophysaires et surtout les examens radiologiques donneront des signes très importants, évocateurs de l'affection.

Le diagnostic différentiel devra éviter l'erreur fréquemment commise de prendre une grossesse abdominale pour une grossesse intra-utérine avec présentation vicieuse ou tumeur *prævia*.

— Il devra aussi rattacher à sa véritable cause les nombreuses affections simulées par la grossesse abdominale tout au long de son évolution : affections rénales aiguës, appendicite, péritonite, pancréatite, occlusion intestinale, hémorragies du placenta prævia, apoplexie utéro-placentaire.

A titre d'exemple, nous reproduisons ci-dessous deux tableaux.

Dans l'un figurent les principales complications qui ont amené à intervenir d'urgence sur les 101 cas de grossesse abdominale relevées dans la littérature mondiale de 1950 à 1957, par Hreshchyshyn M. (Hôpital Cumberland de New-York).

		Hémorragie	Infection	Toxémie
Enfants vivants	55	10	0	6
Enfants morts ..	46	6	4	4
Total	101	16	4	10

Nous voyons que sur 101 cas, 30 fois, la malade qui présentait une grossesse abdominale, était opérée d'urgence pour une complication grave représentée surtout par l'hémorragie, ensuite la toxémie et l'infection.

Le tableau suivant montre les diagnostics préopératoires qui ont été portés avant toute intervention dans la statistique de Woodard Beacham (New-Orléans) sur 60 cas de grossesse abdominale.

Grossesse abdominale	38
Grossesse et fibrome	2
Grossesse et kyste	2
Position transversale	3
Rupture de grossesse extra-utérine	11
Fœtus mort et toxémie	1
Fœtus mort et hydramnios	1
Utérus fibromateux avec grossesse	2

Dans nos observations, le diagnostic de grossesse abdominale n'a été posé de façon nette que deux fois :

— DANS L'OBSERVATION n° 1, le diagnostic posé était celui

de placenta prævia central, en raison de la petite hémorragie vaginale, de l'absence de présentation.

Une restriction cependant avait été formulée en raison de la longueur du col et de la distance séparant le placenta de l'orifice du col au cours d'un toucher intra-cervical fait sur la table d'opération.

— DANS L'OBSERVATION n° 2, le diagnostic se posait, à 5 mois de grossesse environ, de l'origine d'une inondation péritonéale : on avait fait le diagnostic de rupture utérine précoce au cours d'une grossesse angulaire ou interstitielle, après avoir discuté une apoplexie utéro-placentaire en raison de l'existence d'une albuminurie massive, ou la rupture d'un utérus porteur d'un hématome rétro-placentaire important.

— DANS L'OBSERVATION n° 3, le diagnostic de grossesse abdominale avait été posé. Il avait permis de prendre des dispositions particulières sur le plan de la réanimation et avait permis de filmer l'intervention.

Il était fondé sur l'anomalie que présentait la longueur du col utérin alors qu'il existait un hydramnios aigu et, à un degré moindre, sur les signes radiologiques.

Une exploration de la cavité utérine avec une bougie de Hégar avait emporté la conviction (l'hystérographie n'a pas été tentée en raison des douleurs de la malade).

— DANS L'OBSERVATION n° 4, le diagnostic n'a pas été discuté au cours du premier séjour à la Maternité, puisque l'Interne de garde a effectué un curetage ramenant des débris placentaires.

C'est 15 jours plus tard, lorsque la malade est revenue à l'Hôpital, que s'est posé le problème de l'étiologie d'une importante péritonite.

La radiographie de l'abdomen sans préparation, faite dans ce but, a découvert un squelette fœtal, haut situé, ce qui a affirmé le diagnostic de grossesse abdominale, concomitante à une grossesse intra-utérine.

— DANS L'OBSERVATION N° 5, le diagnostic pré-opératoire a été celui de kyste de l'ovaire, de grande dimension, adhérent au fond utérin.

Ce n'est qu'après l'intervention, à l'ouverture de la pièce, que le diagnostic exact a été reconnu.

En conclusion :

Nos observations illustrent la difficulté du diagnostic de grossesse abdominale. Le diagnostic n'a été posé que deux fois, encore que, dans le cas n° 4, il n'a été établi que lors de la deuxième hospitalisation.

L'affection s'est présentée en effet sous des aspects très différents :

1° Complication suraiguë comme dans le cas n° 2 (rupture utérine) ou dans le cas n° 4 (péritonite).

2° Complication subaiguë comme dans le cas n° 1 (placenta prævia central avec petite hémorragie), ou dans le cas n° 3 (tension abdominale de type hydramnios aigu).

3° Tumeur abdominale (intervention pour kyste de l'ovaire).

Dans les 5 cas (sauf au moment du premier séjour à l'Hôpital de la malade n° 4), le diagnostic a fait pratiquer rapidement une intervention par voie haute.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT

Afin de donner des pourcentages d'interventions et de complications opératoires, nous nous référons à la revue générale portant sur 101 cas, publiés dans la littérature mondiale de 1950 à 1957 et colligés par Myroslaw Hreshchyn et ses collaborateurs en 1961.

Conduite à tenir

Si le diagnostic de l'affection est posé avant le 5^e mois, l'unanimité des auteurs est faite sur l'intervention immédiate, que le fœtus soit vivant ou **qu'il soit mort**.

Cette conduite est dictée par l'avenir très sombre qui menace la mère et le peu de chance de survie **de l'enfant**.

Par ailleurs c'est le moment où se trouvent réunies les conditions idéales pour décider d'une intervention suivant une attitude raisonnée, sans avoir la main forcée par les complications.

Après le 6^e mois, les auteurs tiennent compte de trois éventualités :

a) L'enfant est vivant :

Quelques auteurs dans ce cas considèrent que, si la grossesse s'est développée sans complications, l'on peut différer l'intervention jusqu'à l'approche du terme de façon à obtenir un enfant vivant.

Des convictions religieuses ou le désir de la mère de

donner à l'enfant le maximum de chances de naître viable, sont le plus souvent à la base de cette politique d'attente.

La malade et l'entourage sont avertis cependant des facteurs de gravité encourus.

La mise sous surveillance médicale en milieu hospitalier est impérative.

Mais en règle générale, l'intervention s'impose dès que le diagnostic est établi.

b) L'enfant est mort :

— Soit depuis moins d'un mois.

— Soit depuis plus d'un mois.

Certains auteurs préconisent, dans le cas de fœtus mort depuis moins d'un mois, d'attendre quelques semaines, un placenta mort depuis plus d'un mois étant plus facile à extraire et le risque d'hémorragie, encouru lors de son ablation, étant plus réduit.

Certains gynécologues ne sont pas de cet avis. Ils font remarquer que, en voulant éviter l'hémorragie, ce qui reste à prouver, on augmente les chances d'infection, ce qui est tout aussi grave, et conseillent d'intervenir sans tarder.

Le traitement

La voie d'abord est la voie abdominale. L'ouverture du sac et l'extraction de l'enfant ne posent pas de problème majeur. Il est à remarquer cependant que, dans des cas où le placenta se prolonge sur la face antérieure de la cavité abdominale, l'incision abdominale a pu, dans de rares cas, entamer la tranche placentaire et déterminer une hémorragie très grave.

En fait toute la difficulté revient à la conduite à tenir vis-à-vis du placenta.

Deux ordres de facteurs sont à la base du traitement :

1° *Les facteurs inhérents au placenta lui-même.*

2° *Les facteurs* relevant d'une complication survenant au cours d'intervention et représentée avant tout par l'hémorragie.

Celle-ci peut être préalable à l'intervention et représente, comme nous l'avons dit, une complication surajoutée qui intervient dans 15 % des cas.

Elle est à redouter, en cours d'intervention :

— soit lors des manipulations viscérales pour établir un bilan opératoire ;

— soit surtout dans les tentatives de désinsertion placentaire.

Elle peut être enfin consécutive à l'intervention et peut obliger, par sa gravité, à réintervenir.

Ceci se rencontre surtout dans les cas où le placenta a été laissé in situ et particulièrement où il s'agissait d'un placenta doué encore d'une certaine vitalité.

1° LES FACTEURS INHÉRENTS AU PLACENTA LUI-MÊME : endroit d'insertion et ramifications :

1. *Le placenta* peut être localisé à la partie inférieure de l'abdomen. C'est l'endroit d'insertion le plus fréquent puisqu'on le rencontre 72 fois sur 101 cas, soit 87,8 %.

Le point d'attache essentiel est alors représenté par le tractus génital :

— soit le fond utérin seul ;

— soit le fond utérin, les annexes et les ligaments larges.

La voie d'apport sanguine principale est alors représentée dans la grande majorité des cas par les vaisseaux tubo-ovariens. Ce sont des conditions opératoires idéales car la ligature des vaisseaux est relativement aisée, qu'elle puisse être effectuée seule ou associée à une opération concomitante.

Type :

— hystérectomie totale ou subtotale ;

— annexetomie uni ou bilatérale ;

— ou les deux à la fois.

2. *Le placenta* peut être localisé à la partie supérieure de l'abdomen, 12,2 % des cas de la statistique citée :

— soit que l'insertion garde une attache avec le tractus génital, ce qui est rare, 2,4 % des cas ;

— soit sans attache avec le tractus génital, 9,8 %.

La technique opératoire est alors beaucoup plus difficile et doit tenir compte du point d'attache principal qui peut être représenté par n'importe quel organe intra-abdominal, intra ou même rétro-péritonéal.

Le détail de ces insertions est illustré par le tableau suivant :

Sur 101 cas, les points d'insertion principaux sont représentés par :

Utérus	36	fois
Annexes	49	»
Cul-de-sac	8	»
Paroi pelvienne latéro-postérieure	8	»
Fosse iliaque	12	»
Vessie	6	»
Paroi abdominale antérieure	10	»
Paroi abdominale postérieure	2	»
Rectosigmoïde - Cæcum - Côlon ascendant et descendant	26	»
Appendice	2	»
Côlon transverse	5	»
Intestins grêles	11	»
Mésentère	6	»
Estomac	2	»
Rate	1	»
Diaphragme	1	»
Région de la rate et du rein gauche	1	»

L'importance des attaches sur le tractus génital apparaît évidente. Il est à noter aussi la forte incidence d'insertion placentaire sur le tractus digestif.

3. *Forme du placenta* : Le type de placenta le plus fréquemment rencontré est le placenta discoïde, avec ramifications et lobes multiples.

C'est la forme la plus difficile à extraire en totalité. Le type le plus facile à ôter est représenté par le placenta pédiculé. C'est une forme rarement rencontrée.

4. *Degré de vitalité* : Les auteurs tiennent compte de ce facteur dans une large mesure : un placenta mort, ou à un degré de vitalité très réduite, est plus facile à traiter.

L'exérèse en est plus facile, les risques d'hémorragie, lors des manœuvres de désinsertions, étant plus réduits.

Dans un placenta mort interviennent en effet des phénomènes de rétraction et la formation de thromboses dans les lacis veineux de l'organe et dans les vaisseaux sanguins nourriciers.

Aussi, nous le rappelons, certains auteurs diffèrent l'intervention en tenant compte de ces considérations, dans les cas de placenta encore actif.

Ils aident au besoin au « vieillissement » de l'organe par des injections de Testostérone et l'irradiation aux Rayons X.

Cependant la règle n'est pas absolue puisque le danger d'hémorragie persiste lorsque l'enfant est mort depuis plus d'un mois.

L'éventualité s'est produite 2 fois, dans des cas où le fœtus était mort depuis plusieurs années.

2° LES COMPLICATIONS SURVENANT OU DÉCOUVERTES en cours d'intervention, déterminent, dans une large mesure, la conduite à tenir vis-à-vis du placenta :

Elles sont essentiellement représentées par l'hémorragie. Cette hémorragie a conduit à extraire le placenta en totalité dans 19 % des cas.

Les autres complications sont représentées par l'infection et il est capital, dans cette éventualité, d'extraire les produits de la conception en totalité.

Cet ordre de fréquence a été noté 4 fois.

La toxémie gravidique a été un facteur déterminant à extraire le placenta dans au moins 1 cas. Les cas compliqués par une fistule entre le sac amniotique et les intestins ont été traités par une ablation placentaire et une fermeture de la fistule sous colostomie temporaire.

Enfin on a pu noter en cours d'intervention une défec-
tuosité de la paroi utérine :

- un cas de rupture spontanée ;
- trois cas de déhiscence de cicatrice de césarienne ;
- un cas de rupture de cicatrice de myomectomie.

Deux autres considérations doivent également retenir
l'attention :

1. *Les opérations concomitantes* nécessitées dans 72 cas
où le placenta a été enlevé et représentées essentiellement
par :

- a) l'hystérectomie (avec ou sans annexectomie : 57 %) ;
- b) les interventions portant sur le tractus digestif intes-
tinal : 7 (%).

2. *Les opérations consécutives* qui ont dû être effectuées
dans 17,8 % des cas où le placenta a été abandonné dans
l'abdomen. En particulier l'ablation secondaire de ce pla-
centa s'est imposée 7 fois.

En résumé, le placenta a été enlevé en totalité ou en
partie dans 71,3 % des cas et a été laissé en place dans
28,7 % des cas.

Il est à noter que cette incidence a des répercussions
importantes sur :

- la mortalité maternelle ;
- les suites opératoires ;
- la morbidité et le nombre des réhospitalisations.

Dans la statistique américaine, il y a eu 2 morts mater-
nelles et uniquement dans des cas où le placenta avait été
laissé dans l'abdomen.

Lorsqu'on compare les cas de mortalité de cette statis-
tique aux statistiques antérieures, elle apparaît très fai-
ble.

C'est le fait surtout des progrès considérables réalisés
dans le domaine de la réanimation, l'antibiothérapie, des
diagnostics plus précoces.

Il faut aussi souligner le haut degré de morbidité dans les cas où le placenta a été laissé in situ et le nombre beaucoup plus élevé, dans ces cas, des opérations consécutives.

Pour conclure, nous dirons donc que l'idéal est d'enlever en totalité les produits de la conception mais qu'il vaut mieux sauvegarder la vie de la femme en laissant le placenta dans l'abdomen que lui faire courir un danger vital en voulant l'extraire à tout prix.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Dans la plupart des cas observés à la Maternité de l'Hôpital Mohammed-V, le traitement chirurgical s'est rapidement imposé :

1° Gravité de l'état au moment de l'intervention :

Dans 2 cas, n° 2 et 4, l'état de la malade était très grave :

— Inondation péritonéale avec anémie extrême.

— Péritonite gravissime constituée depuis une dizaine de jours.

Dans les autres cas, l'état général était bon, excellent même dans le cas n° 5, où le fœtus de 5 mois était encore contenu dans le sac ovulaire sans aucune fissuration.

2° Type de l'intervention pratiquée :

— Observation n° 1 : césarienne puis hystérectomie.

— Observation n° 2 : ablation du placenta inséré sur le fond utérin, puis suture du fond utérin.

— Observation n° 3 : libération des adhérences du sac ovulaire puis hystérectomie.

— Observation n° 4 : libération d'adhérences du sac ovulaire.

— Observation n° 5 : ablation du sac ovulaire inséré sur le fond utérin (pris pour un kyste de l'ovaire) et suture du fond utérin).

3° *Traitement du placenta :*

Il a pu être enlevé en totalité, dans tous les cas, soit par clivage, soit par hystérectomie lorsque ce clivage se révélait hémorragique (cas n° 1 et 3).

4° *Aucune réintervention n'a dû être pratiquée :*

La fistule stercorale du cas n° 4 a duré deux mois mais n'a pas nécessité de réintervention.

5° *L'importance de l'hémorragie préopératoire a varié suivant les cas :*

— Très importante dans les cas n° 1 et 3, elle a été le fait de l'essai de clivage du placenta et de l'utérus (cas n° 1) obligeant à interrompre cette tentative pour pratiquer une hystérectomie.

— Dans le cas n° 3, elle a résulté de la libération de nombreuses adhérences pariétales, épiploïques, mésentériques et intestinales.

— Peu importante dans les cas :

N° 2 (où le clivage du placenta inséré sur le fond utérin a été facile) ;

N° 4 (où le placenta avait pratiquement été résorbé et inclus dans le magma purulent) ;

N° 5 (séparation facile de la tumeur placentaire et du fond utérin).

6° *La réanimation et le traitement médical* ont été très différents suivant les cas et suivant l'importance de l'hémorragie pré et peropératoire.

La transfusion isogroupe a été :

a) de 1.100 cm³ dans le cas n° 1, en raison surtout de l'hémorragie.

b) De 3.200 cm³ dans le cas n° 2, en raison de l'état d'anémie extrême, préopératoire, état prémortem qui a néces-

sité une réanimation importante par transfusions à débit rapide par trois voies (sous-clavière et deux dénudations).

c) De 1.000 cm³ dans le cas n° 3, en raison de l'hémorragie provoquée par des libérations d'adhérences nombreuses.

La transfusion a toujours été associée à des injections intraveineuses de Gluconate de Calcium, de Tonicardiques et de Vaso-presseurs, enfin à des perfusions d'antibiotiques à fortes doses.

— Le traitement du cas n° 4, a été dominé par celui de la péritonite ; il a nécessité des perfusions avec antibiothérapie intraveineuse massive.

7° Les suites opératoires ont été bonnes :

— La mère a survécu dans tous les cas.

— Les suites ont été assez simples.

Etat de la malade :

— Cas n° 1 : apyrétique ; sort le 15^e jour.

— Cas n° 2 : subfébrile ; sort le 18^e jour.

— Cas n° 3 : subfébrile ; sort le 16^e jour.

— Cas n° 4 : d'abord fébrile ; fistule stercorale qui se tarit au bout de 2 mois.

— Cas n° 5 : apyrétique ; sort le 15^e jour.

Des deux fœtus arrivés à terme, l'un était mort et macéré (e présentait un anarsaque et un gros foie), l'autre a quitté le Service, vivant : il était cependant porteur d'une petite hydrocéphalie.

En dépit de la gravité de l'état de la malade et de la gravité de l'intervention, très différentes dans nos cinq cas, nos résultats opératoires ont été bons ; les cinq parturientes ont quitté la Maternité en bon état.

Ce résultat a pu être obtenu grâce au fait que nous avons pu enlever chaque fois le placenta en totalité, dans deux cas au prix d'une hystérectomie et grâce à une réanimation et à une antibiothérapie intraveineuse intense dans la plupart des cas. Sans elles, les malades qui présentaient

une inondation péritonéale et une péritonite seraient mortes avant ou au cours de l'intervention ainsi que la malade qui présentait un hydramnios aigu et qui serait peut-être morte de l'hémorragie péroopératoire due à la libération des nombreuses adhérences.

Il n'en demeure pas moins que, malgré de bons résultats, nos observations soulignent la gravité de beaucoup de grossesses abdominales.

Nous n'avons pas eu à réintervenir :

— Le seul enfant vivant que nous pu extraire présentait cependant une hydrocéphalie légère : ceci rappelle la fréquence des malformations fœtales rapportées dans la littérature.

— Le deuxième enfant à terme, mort in utero, était lui aussi malformé.

C'est dire la circonspection que l'on doit avoir en laissant se poursuivre une grossesse abdominale diagnostiquée nettement avant terme, prenant ainsi des risques sérieux pour la mère dans l'intérêt d'un fœtus compromis et pouvant être malformé.

CONCLUSIONS

1° Dans deux observations, le diagnostic a été fait avant l'intervention ; dans les autres cas, devant un accident abdominal aigu, on a été conduit à intervenir sans diagnostic précis.

2° La laparotomie a montré que trois fois l'enfant était contenu dans un sac membraneux alors que deux fois il était libre dans les anses intestinales.

3° Quatre enfants étaient morts avant l'intervention, un enfant a survécu. Il a présenté une augmentation de volume du crâne faisant craindre une hydrocéphalie, mais il a été perdu de vue par la suite.

4° Les circonstances opératoires ont conduit deux fois à pratiquer une hystérectomie ; dans tous les cas le placenta a pu être enlevé au cours même de l'intervention.

Il n'y a pas eu d'accident opératoire dramatique et les malades ont guéri simplement ; l'une d'entre elles a présenté une fistule intestinale qui a guéri spontanément.

Vu :

Le Doyen,
H. HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BANSSILLON.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 8 Mars 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS



BIBLIOGRAPHIE

- ADINOLFI G. — Secondary abdominal pregnancy to term : an anatomo-clinical contribution. *Arch. Obst. Gynec.*, 65 : 85, 1960.
- ANQUIST G. and LUND P.-K. — *Am. J. Obst. and Gynec.*, 69 : 1.268, 1955.
- ARMAND F.-M. et SAM F.-G. — Grossesse ectopique abdominale primitive à terme. *Obst. Y Gin. Latino-Amer.*, vol. 4, n° 1, 1946.
- ARGUELLO ESCOLAN R. — Abdominal pregnancy study and consideration on 8 cases. *Arch. Col. Med. El Salvador*, 12 : 173, 1959.
- BADAWY A.-H. — Abdominal pregnancy in a previously ruptured uterus. *Lancet*, 1 : 510-511, 1962.
- BARBER J.-F. and RATHBURN L.-S. — Term abdominal pregnancy with survival of mother and infant. *A.M.J. Obst. and Gynec.*, 76 : 882, 1958.
- BEACHAM W.-D. and BEACHAM D.-W. — *Obst. and Gynec.*, 1 : 777, 1946.
- BLAND P.-B. et MONTGOMERY T.-J. — *Practical Obstetrics*. 3^e édition. Philadelphie, 1939.
- BRIGHT A.-S. and MASER A.-H. — Advanced abdominal pregnancy. Review of the recent literature and report of a case. *Obst. and Gynec.*, 17 : 316, 1961.
- BRINDEAU A. — Considérations sur la grossesse ectopique à terme. Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier, 3 : 1, 1926.
- CAMPBELL W. — *Memoir on extra uterine gestation*. Edimbourg, 1840.
- CASALIS A. — Twin-pregnancy (one uterine and the other abdominal). *Cent. Afr. J. Med.*, 7 : 332, 1961.
- CAVANAGH D. — Peritoneal pregnancy. *Am. J. Obst. and Gyn.*, vol. 76, n° 3, 1958.

- CERONE D.-M., CIGALESE G.-T. — Term abdominal pregnancy with living fœtus-report of a cases. *Obst. Gynec.*, 14 : 368, 1959.
- CHALMERS J.-A. — A case of full time abdominal pregnancy. *Practitioner*, 189 : 68, 1962.
- CHEVALIER. — Grossesse extra-utérine, occlusion intestinale, anurie, mort, autopsie. *Lyon Méd.*, n° 2, 1882.
- CHOSSON J., ROCHE P., VERDET C., RUF H. et FOUQUÉ J.-P. — Histoire d'une grossesse extra-utérine abdominale chez une cardiaque traitée par commissurotomie en début de grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, tome 8, n° 2, 1956.
- CLARK J.-F.J., BENNETT R.-C. — Utero abdominal pregnancy. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 81 : 298, 1961.
- CORNELL E.-L. and LASH A.-F. — Abdominal pregnancy. *Internat. Obst. Surg.*, 57 : 98, 1933.
- CROSS B., LESTER W.-N. and MAC-CAIN J.-R. — *Am. J. Obst. and Gynec.*, 62 : 303, 1951.
- CURTISS A.-H.-A. — *Text book of gynecology*, 560, 1946.
- DABROWSKI J. — Abdominal pregnancy 8° month living infant. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 925, 1958.
- DAVEO J.-P., PAOLI J., VIEILLE, EYRAUD-JOLY. — Grossesse abdominale à terme atypique. *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, tome 9 : n° 3, 1957.
- DEBRADÉ F. — Grossesse abdominale à terme. A propos d'une observation. *Thèse*, Lyon 1958.
- DEDERER I.-M. — Grossesse abdominale à terme avec un enfant vivant. *Sovietskaia Medizina*, 1 : 35, 1950.
- DEFFIS F.-C. — Extra-uterine abdominal pregnancy. *Acta Med. Cordoba*, 6 : 24, 1961.
- DE LEE J.-B. and GREENHILL J.-P. — Principles and tractice of obstetric. 9° édit., New-York, 1949.
- DORGAN M., ABERGEL R. — Un cas de grossesse abdominale à terme avec un enfant vivant. *Maroc Médical*, 38 : 1.235, 1959.
- DRURY K.-A. — Secondary abdominal pregnancy. *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, 67, 455, 1960.
- DUMONT M. et coll. — L'hystérosalpingographie dans l'établissement du diagnostic de la grossesse ectopique. *Lyon Méd.*, 93 : 1.471, 1961.
- FLEURENT M.-H. — Grossesse abdominale primitive avec enfant vivant. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obst.*, 3 : 318, 1951.

- GALABIN A.-L. — Extra-uterine foetation not primarily tubal. *Tr. Obst. Soc. London*, 38 : 88, 1897.
- GARDNER A.-R. and MIDDLEBROOK G. — Abdominal pregnancy : Survey of litterature and report of an unusual case. *Am. J. Surgery*, 66, 161, 1944.
- GARMIER R. et CHARVET F. — Grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. et Obst.*, 7 : 555, 1955.
- GERNEZ L. et POIRET C.-L. — Considérations sur l'accouchement par le vagin de deux enfants extra-utérins à terme avec survie de l'un d'eux. Guérison des mères. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. et Obst.*, 6 : 319, 1954.
- GENNES L. (de), CASTAIGNE P., BUGE A., CERBONNET G., HENRION R., LAPLANE D., CORBIN J. — Grossesse abdominale, expulsion du fœtus par le rectum, septicémie et méningite à colibacilles. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 77 : 25-26, 930-935, 1961.
- GIRSCHIK L. — On a full term primary abdominal pregnancy in a primate. *Arch. Gynæk.*, 194 : 308, 1961.
- GLICK L.-S. — Aortic ligation for massive intraperitoneal hemorrhage from premature separation of placenta in abdominal pregnancy. *Obst. and Gynec.*, 19 : 195, 1962.
- GRAHAM D.-P., CURRY C.-C. — Advanced abdominal pregnancy. A report of two cases from private practice. *Obst. and Gynec.*, 14 : 672, 1959.
- GREENHILL J.-P. — Hysterography as an aid in the diagnosis of abdominal pregnancy. *J.A.M.A.*, 106 : 606, 1956.
- GRUENSTEIN S., KLEIN E. — Secondary abdominal pregnancy in a rudimentary uterine cornu. *Geburtsh Frauenheilk*, 22 : 188, 1962.
- HAN T.-H., WANG C.-S. — Intra abdominal mummified fœtus coexisting with normal pregnancy ; a case report. *Zhong Fang Z.*, 8 : 60, 1960.
- HELMANN A.-M. and SIMON J.-H. — Full term intra abdominal pregnancy. *Am. J. Surgery*, 29 : 403, 1935.
- HIRST B.-C. and KNIPE N. — Primary implantation of an ovum in the pelvic peritoneum. *Surg. Gyn. and Obst.*, 7 : 456, 1908.
- HODOYER G., MAÎTRE-ROBERT E. — Grossesse extra-utérine abdominale à terme. Enfant vivant et normal. *Méd. Trop. (Marseille)*, 21 : 443, 1961.

- HRESHCHYSHYM M.-M., BOGEN B., LOUGHRAM C.-H. — What is the actual present-day management of the placenta in late abdominal pregnancy? Analysis of 101 cases. *Am. J. Obst. Gynec.*, 81 : 302, 1961.
- HUBINONT G. et HUBINONT P.-O. — Un cas de grossesse abdominale à terme (Complication secondaire d'une myomectomie?). *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 4 : 433, 1952.
- HUNTER M., HARTLEY A. — Abdominal pregnancy followed by elimination of the placenta through the bladder. Case report. *Am. J. Obst. and Gyn.*, September 1958.
- HURDALO E., WELDT W. — Repeated abdominal pregnancy with a living infant. *Rev. Chil. Obst. Gynec.*, 26 : 323, 1961.
- HURTER H. et NIMSGER R. — Un cas de grossesse abdominale du neuvième mois. *Bull. Féd. Soc. Obst. et Gynéc (Strasbourg)*, 4 : 351, 1951.
- IFFY L. — Early primary abdominal (pouch of Douglas) pregnancy with a report of a case. *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.*, 67 : 997, 1960.
- IFFY. — Contribution to the pathological mechanism of ovarian, abdominal, and cervical pregnancies. *Gynecologia*, 153 : 188, 1962.
- ILLES J., FAURE L., LAINÉ P. — Un cas de grossesse abdominale rompue. *Bull. Féd. Gynéc. Obst. Franç.*, 13 : 670, 1961.
- IRWIN H.-W. — Intraligamentous and abdominal extra-uterine pregnancy. Report or four cases and review of the literature. *Obst. and Gynec.*, 16 : 327, 1960.
- JACKSON R.-L. — Pure malignancy of the trophoblast following primary abdominal pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 79 : 1.085, 1960.
- JARCHO. — Ectopic pregnancy - with special referee to abdominal pregnancy. *Am. J. Surg.*, 77 : 273, 423, 1949.
- JAWORSKI E. — Petrified fœtus in the abdominal cavity 35 years after extra-uterine pregnancy. *Pol. Tyg. Lek.*, 17 : 22, 1962.
- KELLER B. et SACREZ J. — Grossesses extra et intra-utérines simultanées. A propos de deux cas. *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 12 : 229, 1960.
- LABRY R., NOTTER A., DUROUX P.E. — A propos du traitement chirurgical des grossesses abdominales à terme. *Lyon Chirurgical*, T. 53 : n° 6, novembre 1957.

- LAFARGUE et TINGAUD. — A propos de trois cas de grossesse abdominale. Considérations anatomo-pathologiques et chirurgicales. *Gaz. Méd. de France*, 53 : 363, 1946.
- LAMBILLON J. et DRUMEL G. — Deux cas de grossesse abdominale à terme. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obst.*, 3 : 192, 1951.
- LAMBOT P. — Grossesse abdominale avec présentation d'un cas. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. et Obst.*, 13 : 372, 1961.
- LANA F.-V. — Abdominal pregnancy. *Rev. Gynec. Obst.*, 107 : 27, 1960.
- LE BONNIEC Y. — Contribution à l'étude des grossesses abdominales. *Thèse Paris*, 1929.
- LE LORIER G. — Un diagnostic d'exception, une chirurgie parfois difficile : la grossesse extra-utérine au delà du cinquième mois. *Maternité*, 9 : 331, 1960.
- MAC GREGOR A.-S. — Abdominal pregnancy near term, operation and hormonal studies of blood and urine with placenta left in situ. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 34 : 1.030, 1937.
- MACKAY E.-V. — Advanced abdominal pregnancy. *Med. J. Aust.*, 46 : 642, 1959.
- MARCHAND R. — Grossesse abdominale. *Laval Médical*, 29 : 89, 1960.
- MARTINEZ A.-R., SAMPAIONAP. — Abdominal pregnancy at term with a living foetus. *Rev. Gynec. Obst.*, 105 : 221, 1959.
- MASON L.-W. — Advanced abdominal pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 39 : 756, 1940.
- MATTEI. — Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement. *Gaz. Hôp.*, septembre 1860.
- MAYGRIER C. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. *Thèse d'Agrégation*, Paris, 1886.
- MILLAR W.-G. — Primary abdominal pregnancy. *J. Obst. and Gynec. Brit. Com.*, 68 : 634, 1961.
- MUSSET R. et MICHEL M. — Grossesse abdominale à terme. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. et Obst.*, 2 : 24, 1950.
- NAHOUM J.-C. — Full term abdominal pregnancy with a living and euplastic foetus. Presentation of a case and study of Brazilian literature. *Rev. Gynec. Obst.*, 105 : 671, 1959.
- NAZARKIN N. — A case of pregnancy in the free abdominal cavity Kazan. *Med. Z.H.*, 1 : 67, 1962.

- NETHERY R.-A. — Abdominal pregnancy with survival of mother and normal child. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 69 : 433, 1955.
- NEUWEILER W. und RUPP-HALLER J. — Die bedeutung der porphynurie für die Diagnose der extrauterine gravidität. *Gynecologia*, 24 : 65, 1947.
- PAILLIEZ R., HOUCKE E., COTEEL P. et DELECOUR M. — Rupture utérine et grossesse abdominale près du terme. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 3 : 101, 1951.
- PARANJOTHY D. — Abdominal pregnancy. *J. Indian Med. Ass.*, 33 : 372, 1959.
- PECORI M. — On secondary abdominal pregnancy (Diagnostic and therapeutic aspects of a clinical). *Rass. Int. Clin. Ter.*, 40 : 885, 1960.
- PORTUONDO VALDOR A.-L. and BARATO RIVERO R. — *Arch. Hosp. Univ. Habana*, 4 : 215, 1952.
- QUILLIAM T.-A. — Abdominal pregnancy ; attempt to determine incidence of implantation of fertilized ova in peritoneal cavity. *Post. Grad. Med. M.J.*, 24 : 482, 1948.
- RATTE et RIBBON M. — Une curieuse observation de grossesse abdominale. *Bull. Féd. Soc. Obst. et Gynec.*, 6 : 319, 1954.
- RIBEIRO E. — Abdominal pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 65 : 681, 1953.
- RICCI James. — *The genealogy of Gynecology*, Philadelphie, 1940.
- ROBIOLIS, LORIOT et BRAHIC. — Grossesse abdominale ayant évolué et sans complication jusqu'au huitième mois et ayant déterminé à cette époque des signes d'occlusion intestinale. *Marseille Médical*, 59 : 398, 1922.
- RODRIGUEZ C., SIEGEL I.-A. — Primary peritoneal pregnancy : report of a case. *Obst. Gynec.*, 15 : 394, 1960.
- SEGOND P. — Traitement de la grossesse extra-utérine. *Ann. de Gynec.*, 50 : 241, 1898.
- SHUMANN E.-A. — Extra-uterine pregnancy. *Gynec. and Obst. Monog.*, vol. VII, 2^e édition, New-York, 1931.
- SUTER M. and WISHER G. — The fate of the living viable babies in extra-uterine pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 55 : 489, 1948.
- SANDA J.-N. — Abdominal pregnancy. Study of four cases. *Rev. Obst. Gynec.*, 19 : 89, 1959.

- SIMONOVA P. — Secondary 6-month abdominal pregnancy of five year duration. *Akush. Ginek.*, 37 : 120, 1961.
- SMOLKOV V.-T. — Two cases of abdominal pregnancy diagnosed as tumors of the abdominal cavity. *Zdravookhr Kazakh*, 22 : 75, 1962.
- SHAW W.-G., NICHOLS E.-E. — Abdominal pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 84 : 72, 1962.
- TAIT R.-L. — Lectures on ectopic pregnancy and pelvic hematocoele. Birmingham, 1888.
- TURNER H.-E. — Extra-uterine (abdominal) term pregnancy. A case report. *Rhode Island Med. J.*, 45 : 108, 1962.
- THOMPSON L.-R. — Abdominal pregnancy at term. *Amer. J. Surg.*, 98 : 625, 1959.
- VERMELIN H., LOUYOT J., RIBON M., BRAYE M. — Un cas de grossesse abdominale. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. et Obst.*, 11 : 396, 1959.
- VICENTE Martin J. — Two cases of abdominal ectopic pregnancy. *Rev. Esp. Obst. Gynec.*, 18 : 334, 1959.
- WARE H.-H. — Observations on thirteen cases of late extra-uterine pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, vol. 55, n° 4, 1948.
- WARFIELD C.-I. — Abdominal pregnancy at term with delivery of a normal living infant. *Southern Med. J.*, 53 : 994, 1960.
- WEINBERG M.-S. and SALZ M. — A case of intra abdominal pregnancy with follow-up tests for disappearance of placenta activity. *Am. J. Obst. and Gynec.*, September 1958.
- WILLIAMS P.-C. — Abdominal pregnancy with vaginal leakage of amniotic fluid. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 81 : 320, 1961.
- WOODBURY J.-W., JARRETT J.-C. — Abdominal lithopedion retained for 13 years. Case report with review. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 80 : 590, 1960.

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
Historique	17
Observations	19
Anatomie pathologique	33
Physiopathologie	37
Etiologie	42
Etude clinique	46
Evolution	53
Diagnostic	56
<i>Chapitre I.</i> — Traitement	61
<i>Chapitre II.</i> — Traitement	69
Conclusions	73
Bibliographie	75

